

بسم الله الرحمن الرحيم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی  
استان قزوین

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت اخذ دکترا تخصصی

# بررسی ویژگیهای توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و دوقطبی سایکوتیک در شهر قزوین

استاد راهنما: جناب آقای دکتر سید محسن ضمیر

استادان مشاور: جناب آقای دکتر سیدعلیرضا حاجی سیدجوادی و سرکار خانم دکتر زهره یزدی

نویسنده: دکتر مهناز مجیدی

سال ۱۳۹۴

شماره ثبت: ۳۸۳

با سپاس و تشکر از تمامی عزیزانی که در این سالهای تحصیل پشتوانه اینجانب بوده و خواهند بود:

پدرم، مادرم ، برادرم و همسرم

## چکیده:

عنوان: بررسی ویژگیهای توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و دوقطبی سایکوتیک در شهر قزوین

مقدمه : توهمات شنوایی یک تجربه حسی هستند که در غیاب محرک خارجی در یک وضعیت با هوشیاری کامل اتفاق می افتد توهمات انچنان مشابه یک ادراک واقعی به وقوع می پیوندند که افراد آن را خارج از کنترل خویش تلقی می کنند.

توهمات شنوایی صحبت کننده، در بیماری های سایکوتیک مانند اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو بیشترین شیوع را دارند. اما در سایر اختلالات مانند اختلال دوقطبی یک نیز به وقوع می پیوندند. توهمات پدیده های روانشناختی کنجکاو کننده ای هستند که معانی تجربی، تئوری و بالینی مهم و متعددی را دارا هستند. بررسی زمینه های فرهنگی در ارزیابی توهمات به این دلیل مهم می باشد که مفهوم واقعیت در میان فرهنگ های مختلف متفاوت می باشد و احتمال وجود توهمات ناشی از فرهنگ را داراست. همانطور که به طور مثال، بیماران با زمینه های اسلامی که از توهمات یا علایم سایکوتیک رنج می برند ممکن است این تجربیات را به جن (ارواج نادیدنی) نسبت دهند، که ممکن است اثرات مشخص بر روی تشخیص، درمان و دوره بیماری روانپزشکی داشته باشد. با این که تاکنون مکانیسم و آسیب شناختی فیزیولوژیک توهمات شنوایی صحبت کننده مورد بحث قرار گرفته است، اما باز به طور وسیعی ناشناخته مانده است. با توجه به مطالب فوق بر آن شدیم تا به بررسی خصوصیات توهمات شنوایی در مبتلایان به سه بیماری اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و دوقطبی یک، در شهر قزوین پردازیم.

مواد و روشها : نوع مطالعه به صورت توصیفی و مقطعی می باشد. ۶۰ بیمار با توهم شنوایی که طی سال ۹۳ از ماه فروردین تا آخر اسفند ۹۳ در بخش روانپزشکی بزرگسالان بیمارستان روانپزشکی ۲۲ بهمن با سه تشخیص اختلال اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و دوره مانیای اختلال دوقطبی یک بستری شدند یا در کلینیک به درمان سرپایی می پرداختند، مورد مصاحبه ساختار یافته ای که توسط prof Romme & Escher. در ۱۹۸۷ تهیه شده، قرار گرفتند

یافته ها: ۲۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۲۰ مورد بیمار دوقطبی یک در دوره مانیا، ۲۰ بیمار اسکیزوافکتیو در مطالعه وارد شدند، که شامل ۴۵ مرد و ۱۵ زن بودند. اکثر شرکت کنندگان در پژوهش در هر سه گروه بیماران، مجرد و در دهه چهارم زندگی و بیکار بودند.

اکثریت بیماران یک صدا می شنیدند و سن شروع اصوات بین ۱۹ تا ۲۹ سال بود. جنس اصوات در گروه اسکیزوافکتیو دوقطبی در اکثریت بیماران از جنس مذکر و در اسکیزو فرنیا هردو جنس بود. موضوع صحبت اصوات در هر سه گروه بیماران مورد مطالعه در اکثریت بیماران خود بیمار بوده است. در گروه بیماران دوقطبی یک ۸۵٪ از بیماران، در گروه اسکیزوافکتیو ۶۵٪ از بیماران اصوات دوستانه می شنیدند که این مقدار در گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۳۰٪ بود. ۱۵٪ از بیماران دوقطبی یک، ۷۵٪ از اسکیزوفرنیا و ۴۵٪ از اسکیزوافکتیو ذکر می کردند که اصوات خصمانه می شنوند.

نتیجه گیری نهایی: یافته های این پژوهش مانند برخی مطالعات انجام شده نشان دادند که فرهنگ بر نوع و ماهیت توهمات شنوایی تاثیر گذار است. هرچند به دلیل انتخاب بیماران از شهر قزوین نمیتوان آن را به کل فرهنگ ایرانی تعمیم داد.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۰	فصل اول و دوم: مقدمه و مروری بر متون
۱۹	فصل سوم: مواد و روشها
۲۶	فصل چهارم: نتایج و یافته ها
۵۹	فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات
۶۷	فصل ششم: فهرست منابع

## فهرست جداول

### عنوان

- جدول ۱- تعداد فرزندان بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۲- وضعیت اجتماعی - اقتصادی (خانه) در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۳- شغل بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۴- ویژگی اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۵- جنس اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۶- سن شروع اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۷- زمان شروع اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۸- حضور اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۹- احساسات بیمار در هنگام شنیدن اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۰- اشیا منشا اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۱- شرایط و موقعیت های حضور اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۲- موضوع صحبت اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۳- منشا اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۴- تاثیر اصوات بر زندگی بیمار در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

- جدول ۱۵- ارتباط با اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۶- ارزیابی اصوات توسط بیمار در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۷- مکالمه با اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۸- تعادل روابط در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۱۹- راهبردهای مقابله با اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۲۰- تاثیر راهبرد مقابله با اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۲۱- تجربیات دوران کودکی در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۲۲- انواع درمان در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۲۳- درمان های جایگزین در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۲۴- علت درمان از نظر بیمار در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۲۵- شبکه اجتماعی بیمار در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳
- جدول ۲۶- آگاهی و صحبت درباره اصوات با افراد شبکه اجتماعی در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳



## فهرست ضمائم و پیوستها:

صفحه

عنوان

۷۰

۱. پرسشنامه

## فصل اول و دوم:

مقدمه و مروری بر متون

تظاهرات بالینی بیماری ها چه روانی و چه جسمانی ناشی از واکنش های پیچیده عوامل زیست شناختی، اجتماعی، فرهنگی و روانی است. تحقیقات انجام شده در خلال چند دهه اخیر مشخص نموده اند که فاکتورهای اجتماعی و فرهنگی تاثیر مشخصی بر روی جنبه های متعدد اختلالات روانی دارد. (۱)

لغت سایکوز (روان پریشی) برای یک گروه از آسیب شناختی های روانی طراحی شده است که بدون هیچ توافق روی دقت سبب شناسی، تمام انواع سایکوز، یک همسانی بالایی بر روی تشخیص بالینی با یک علامت دارند: از دست دادن حس واقعیت. (۲)

اسکیزوفرنیا، شایعترین بیماری سایکوتیک می باشد که شیوع جهانی کمتر از ۱٪ دارد و تمام اقوام را مبتلا می سازد. شروع علائم به طور معمول بین اواخر تا اوسط نوجوانی است. این بیماری ۲ دسته از علامت ها را دارا است: علائم مثبت و علائم منفی. توهمات، هذیان ها و وضعیت های آشفته، مثال هایی از علائم مثبت هستند، در حالی که کاهش بیان عواطف و کمبود انگیزه از علائم منفی می باشند. (۳)

توهمات در ۷۰-۸۰٪ تمام بیماران ایجاد می شوند و می تواند ایجاد دیسترس و ناتوانی عملکردی و عدم کنترل رفتاری شود. (۱)

اختلال دو قطبی نوع یک، اختلالی است که با حداقل یک دوره مانیا یا مختلط و یک دوره کاملاً مشخص از اختلال افسردگی مازور تعریف می شود. (۴)

این بیماری یک اختلال عودکننده است، که به طور شایعی در همراهی با علائم سایکوتیک می باشد. وجود این این علائم با پیش آگهی بدتر در این بیماران مرتبط می باشد. (۵)

شیوع تمام عمر این اختلال در تحقیقات بین المللی بزرگسال با استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختار یافته و کرایتریای تشخیصی استاندارد برای این بیماری، تقریباً ۰/۸٪ گزارش شده است. (۶)

علائم سایکوتیک در هر ۲ فاز مانیا و افسردگی بیماری دوقطبی شایع می باشد. بیشتر از نصف این بیماران این دسته از علائم را در طول عمر تجربه می کنند که شامل هذیان بزرگ منشی (شایعترین علامت)، اختلال تفکر، توهمات و علائم سایکوتیک ناهمخوان با خلق و کاتاتونیا می باشد. (۷)

اختلال اسکیزوافکتیو با سایکور ناپایدار (شامل توهمات و هذیان ها) و دوره های خلقی افسردگی یا مانیک و یا مختلط شناخته می شود. این اختلال شامل ۲ دسته علایم می باشد: اختلال فکر (پروسه کردن اطلاعات) و خلقی (تنظیم عاطفی). اختلال فکر شامل ۲ یا بیشتر از علایم کراتیرای A اسکیزوفرنیا شامل توهم، هذیان، رفتار آشفته، گفتار آشفته می باشد و اختلال خلقی ممکن است شامل دوره های افسردگی ماژور، دوره مانیک یا مختلط باشد که در طول بیماری باید توهمات یا هذیان ها برای حداقل ۲ هفته در غیاب علایم خلقی واضح وجود داشته باشد.

در طول عمر شیوع این اختلال بین ۱/۱٪ - ۰/۲٪، با توجه به مطالعات مختلف گزارش شده است. این میزان در بیماران بستری روانپزشکی بالاتر نیز می باشد (۹٪). (۸)

توهمات پدیده های سایکولوژیک کنجکاو کننده ای هستند که معانی تجربی، تئوری و بالینی مهم و متعددی را دارا هستند و همچنین بیشترین شدت و گیج کننده ترین فرم سایکو پاتولوژی را دارا می باشند که اغلب به عنوان خصوصیات سایکوز شناخته می شوند. آن ها در یک طیف وسیع از شرایط پزشکی و روانپزشکی یافت می شوند. علاوه بر این یک اقلیت بالقوه از افراد نرمال هم تجارب توهمی را گزارش می کنند. از نظر پدیدار شناسی آن ها شایعترین و مهم ترین اختلال ادراک هستند. اگرچه علت دقیق آسیب شناختی توهمات شناخته نشده است، شواهد به فاکتورهای سبب شناسی متعدد برای پدیده های توهمی اشاره دارند. (۹)

در این جا به ذکر چهار تعریف در مورد توهم می پردازیم:

- اسکویئرول توهم را دریافت کردن بدون آنکه موضوعی در کار باشد تعریف کرده است.
- از نظر یاسپرس، توهمات شایان (Hallucination proper) دریافت های غلطی هستند که به هیچ وجه دریافت های واقعی نبوده ولی خود را به صورت موضوع کاملاً جدیدی نشان می دهند و همزمان با دریافت واقعی و در کنار آن اتفاق می افتند.
- اسماتیتز توهم را یک دریافت برون تنی یا درون تنی می داند که مطابق با یک موضوع واقعی نیست.
- از نظر اسلید سه ملاک برای تعریف توهم لازم است: الف) تجربه ای شبیه به دریافت در غیاب یک محرک خارجی ب) تجربه ای شبیه به دریافت که کاملاً قدرت تاثیر یک دریافت واقعی را دارد. ج) تجربه ای شبیه به دریافت که بدون میل فرد و خود به خود اتفاق افتاده و به راحتی توسط دریافت کننده قابل کنترل نیست.

توهمات می توانند در هر یک از حواس ۵ گانه و نیز با حس یافت جسمی (somatic sensation) دیده شوند.

توهمات شنوایی (auditory hallucinations) بیشترین اهمیت تشخیصی را در اختلالات روان پریشانه به ویژه در اسکیزوفرنیا دارند. (۱۰)

توهمات شنوایی ممکن است در هر یک از روان پریشی های کنشی روی دهد، ولی کیفیت آن، بسته به اینکه بخشی از بیماری اسکیزوفرنیا، افسردگی یا مانیا باشد، متفاوت است. (۱۱)

توهمات شنوایی در ۷۰-۸۰٪ بیماران اسکیزوفرنیا اتفاق می افتد و اکثرا ایجاد دیسترس، ناتوانی عملکردی و عدم کنترل رفتاری خواهد شد. (۱۲)

توهمات شنوایی بیش از هر چیزی به عنوان یک پدیده واقعی تجربه می شود، که شامل یک یا چند صدا باشد که شناخته شده یا ناشناخته باشند، ممکن است به ترتیب یا همزمان صحبت نمایند، امری یا نصیحت گونه، توهین آمیز یا دلگرم کننده باشد. (۱۳)

در بعضی مواقع، توهمات ممکن است حالت خطر یا تهدید برای بیمار یا نزدیکان و یا حتی در سطح وسیع تر برای اجتماع باشد، این در صورتی است که توهمات به شکلی باشد، که اصوات به بیمار دستور دهند تا اقدامات یا رفتارهای خشن را مرتکب شود. (۱)

توهمات شنوایی ممکن است برای تجربه کننده آن بسیار واقعی به نظر برسد که علل آن ناشناخته است. (۱۴)

بررسی زمینه های فرهنگی در ارزیابی توهمات به این دلیل مهم می باشد که مفهوم واقعیت در میان فرهنگ های مختلف متفاوت می باشد و احتمال وجود توهمات ناشی از فرهنگ را داراست. همانطور که به طور مثال، بیماران با زمینه های اسلامی که از توهمات یا علایم سایکوتیک رنج می برند ممکن است این تجربیات را به جن (ارواح نادیدنی) نسبت دهند، که ممکن است اثرات مشخص بر روی تشخیص، درمان و دوره بیماری روانپزشکی داشته باشد. (۱۵)

بر عکس شیوع زیاد این ویژگی های روان پریشانه، دانش ما در مورد مشخصات خاص این علایم اندک است. این کمبود اطلاعات، به ویژه در زمینه توهمات خیلی بارز می باشد. (۱۶)

با توجه به مطالب فوق بر آن شدیم تا به بررسی خصوصیات توهمات شنوایی در مبتلایان به سه بیماری اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و دوقطبی یک، پردازیم.

اهداف و فرضیات :

الف-هدف اصلی :

تعیین ویژگیهای توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا

تعیین ویژگیهای توهمات شنوایی در اسکیزوافکتیو

تعیین ویژگیهای توهمات شنوایی در دوقطبی

ب-اهداف فرعی :

- تعیین ویژگیهای توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا در رابطه با جنس، سن، شغل
- تعیین ویژگیهای توهمات شنوایی در اسکیزوافکتیو در رابطه با جنس، سن، شغل
- تعیین ویژگیهای توهمات شنوایی در دوقطبی در رابطه با جنس، سن، شغل
- تعیین نوع توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا
- تعیین نوع توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو
- تعیین نوع توهم شنوایی در دوقطبی
- تعیین شرایط ظهور توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا
- تعیین شرایط ظهور توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو
- تعیین شرایط ظهور توهم شنوایی در دوقطبی
- تعیین عوامل بروز یا شروع توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا
- تعیین عوامل بروز یا شروع توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو
- تعیین عوامل بروز یا شروع توهم شنوایی در دوقطبی
- تعیین زمان تجربه توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا
- تعیین زمان تجربه توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو
- تعیین زمان تجربه توهم شنوایی در دوقطبی
- تعیین رابطه تجربه هیجانی خاص با تجربه توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا
- تعیین رابطه تجربه هیجانی خاص با تجربه توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو

- تعیین رابطه تجربه هیجانی خاص با تجربه توهم شنوایی در دوقطبی
- تعیین تاثیر محتوای تجربه توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا بر سبک زندگی بیماران
- تعیین تاثیر محتوای تجربه توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو بر سبک زندگی بیماران
- تعیین تاثیر محتوای تجربه توهم شنوایی در دوقطبی بر سبک زندگی بیماران
- تعیین واکنش بیماران نسبت به تجربه توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا
- تعیین واکنش بیماران نسبت به تجربه توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو
- تعیین واکنش بیماران نسبت به تجربه توهم شنوایی در دوقطبی
- تعیین راهبردهای مقابله بیماران در برابر تجربه توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا
- تعیین راهبردهای مقابله بیماران در برابر تجربه توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو
- تعیین راهبردهای مقابله بیماران در برابر تجربه توهم شنوایی در دوقطبی
- تعیین رابطه تجربیات کودکی بیماران با تجربه توهم شنوایی در اسکیزوافکتیو
- تعیین رابطه تجربیات کودکی بیماران با تجربه توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا
- تعیین رابطه تجربیات کودکی بیماران با تجربه توهم شنوایی در دوقطبی
- تعیین وضعیت نظام شبکه اجتماعی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای دچار توهم شنوایی
- تعیین وضعیت نظام شبکه اجتماعی در بیماران مبتلا به اسکیزوافکتیو دچار توهم شنوایی
- تعیین وضعیت نظام شبکه اجتماعی در بیماران مبتلا به دوقطبی دچار توهم شنوایی



فرضیه ها (Hypothesis) یا سؤال های پژوهش:

۱. آیا وضعیت جنس، تاهل، سن و شغل بر توهمات شنوایی تاثیر دارد؟
۲. کدام نوع از توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا شایعتر است؟
۳. کدام نوع از توهمات شنوایی در اسکیزوافکتیو شایعتر است؟
۴. کدام نوع از توهمات شنوایی در دوقطبی شایعتر است؟
۵. توهمات شنوایی اسکیزوفرنیا در چه شرایطی بیشتر دیده می شوند؟
۶. توهمات شنوایی اسکیزوافکتیو در چه شرایطی بیشتر دیده می شوند؟
۷. توهمات شنوایی دوقطبی در چه شرایطی بیشتر دیده می شوند؟
۸. چه عواملی باعث شروع یا راه اندازی توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا می شوند؟
۹. چه عواملی باعث شروع یا راه اندازی توهمات شنوایی در اسکیزوافکتیومی شوند؟
۱۰. چه عواملی باعث شروع یا راه اندازی توهمات شنوایی در دوقطبی می شوند؟
۱۱. توهمات شنوایی اسکیزوفرنیا در چه زمانهایی بیشتر شنیده میشوند؟
۱۲. توهمات شنوایی اسکیزوافکتیو در چه زمانهایی بیشتر شنیده میشوند؟
۱۳. توهمات شنوایی دوقطبی در چه زمانهایی بیشتر شنیده میشوند؟
۱۴. آیا توهمات شنوایی اسکیزوفرنیا در زمانی که هیجانات خاصی تجربه می شوند، بیشتر شنیده می شوند؟
۱۵. آیا توهمات شنوایی اسکیزوافکتیو در زمانی که هیجانات خاصی تجربه می شوند، بیشتر شنیده می شوند؟
۱۶. آیا توهمات شنوایی دوقطبی در زمانی که هیجانات خاصی تجربه می شوند، بیشتر شنیده می شوند؟
۱۷. توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا راجع به چه چیزهایی صحبت میکنند؟
۱۸. توهمات شنوایی در اسکیزوافکتیو راجع به چه چیزهایی صحبت میکنند؟
۱۹. توهمات شنوایی در دوقطبی راجع به چه چیزهایی صحبت میکنند؟
۲۰. توهمات شنوایی چه تاثیری بر سبک زندگی بیمار اسکیزوفرن می گذارند؟
۲۱. توهمات شنوایی چه تاثیری بر سبک زندگی بیمار اسکیزوافکتیو می گذارند؟
۲۲. توهمات شنوایی چه تاثیری بر سبک زندگی بیمار دوقطبی می گذارند؟
۲۳. واکنش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به شنیدن صداها چگونه است؟
۲۴. واکنش بیماران مبتلا به اسکیزوافکتیو نسبت به شنیدن صداها چگونه است؟

۲۵. واکنش بیماران مبتلا به دوقطبی نسبت به شنیدن صداها چگونه است؟
۲۶. بیماران اسکیزوفرن برای مقابله با صداها چه راهبردهایی به کار می بندند؟
۲۷. بیماران اسکیزوافکتیو برای مقابله با صداها چه راهبردهایی به کار می بندند؟
۲۸. بیماران دوقطبی برای مقابله با صداها چه راهبردهایی به کار می بندند؟
۲۹. تجربیات دوران کودکی بیماران اسکیزوفرن دارای توهمات شنوایی، چگونه بوده است؟
۳۰. تجربیات دوران کودکی بیماران اسکیزوافکتیو دارای توهمات شنوایی، چگونه بوده است؟
۳۱. تجربیات دوران کودکی بیماران دوقطبی دارای توهمات شنوایی، چگونه بوده است؟
۳۲. شبکه اجتماعی در بیماران اسکیزوفرن که توهمات شنوایی دارند چگونه است ؟
۳۳. شبکه اجتماعی در بیماران اسکیزوافکتیو که توهمات شنوایی دارند چگونه است ؟
۳۴. شبکه اجتماعی در بیماران دوقطبی که توهمات شنوایی دارند چگونه است ؟

فصل سوم:

مواد و روشها

مواد و روشها:

نوع مطالعه به صورت توصیفی و مقطعی می باشد. تمام بیمارانی که توهم شنوایی داشتند طی سال ۹۳ از ماه فروردین ۱۳۹۳ تا آخر اسفند ۹۳ در بخش روانپزشکی بزرگسالان بیمارستان روانپزشکی ۲۲ بهمن با تشخیص اختلال اسکیزوفرنیا اسکیزوانکتیو و بالای پولارسایکوتیک شدند یا در کلینیک به درمان سرپایی می پرداختند، در طرح شرکت داده شده اند. موارد حذف شامل عدم تمایل و یا ناتوانی بیمار برای مصاحبه، بوده است.

بیماران در یک جلسه و در صورت لزوم با وقفه جهت استراحت بیمار در یک اتاق خصوصی مورد مصاحبه ساختار یافته قرار گرفتند و جهت تکمیل اطلاعات ۴۰ تا ۵۰ دقیقه زمان نیاز داشت. این پرسشنامه به فارسی ترجمه گردیده و قبلاً در پایان نامه "بررسی توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا" در مازندران استفاده گردیده است.

این پرسشنامه توسط prof Marrius Romme & Sandra Escher در سال ۱۹۸۷ برای اهداف تحقیقاتی تهیه شده و جهت استفاده درمانی شنوندگان اصوات باز بینی شده است. این پرسشنامه، تجربیات را در طی زمان آشکار می کند و می تواند شنوندگان اصوات را در تعدادی از روش های مهم یاری کند. این پرسشنامه به آنها کمک می کند تا بر شرم صحبت کردن در مورد اصوات غلبه کنند و آنها را تشویق به توصیف تجربیاتشان می سازد.

این پرسشنامه همچنین یک وسیله سازمان یافته نقشه برداری تمام جنبه های اصوات جهت به دست آوردن بیشترین می باشد.

به عنوان مثال جهت :

- ماهیت تجربه

- تاریخچه پیدایش آنها

- این که اصوات چه ماهیتی دارند

- محرک آنها چیست

- محتوای آن چه که آنها می گویند

- چگونگی توضیح داده شدن آنها

- چگونگی تاثیر آنها به عمل کردهای روزانه

- چگونگی کنار آمدن و مقابله کردن شنوندگان

مهارت های مصاحبه :

مصاحبه کننده نیازمند داشتن مهارت های زیر است :

- توانایی و تمایل تمرکز کردن بر روی تجربه بیمار و به یاد داشتن این نکته که این بیمار اس که در مورد

اصوات تبهر دارد.

- تمایل به پذیرفتن و تایید ردن این که تجربه حقیقی است.

- توانایی خودداری از توضیح دادن اطلاعات در هنگام مصاحبه کردن

چگونگی استفاده از پرسشنامه:

پرسشنامه لزوماً جامع است زیرا که جنبه های متعدد مختلف را آشکار می سازد. این یک پرسشنامه نیمه ساختاری با

سوالات آشکار راهنمایی کننده جهت بحث در مورد اصوات، نه فقط پاسخ «بلی» یا «خیر» می باشد.

مصاحبه ها ،پایه هایی برای توسعه بازسازی آنچه که مشکلات را ایجاد م کنند و ترومای زندگی بیماران و نقش

اصوات می باشند.

توضیح ذیل برای هدایت صحیح مصاحبه است.

## ۱ - ماهیت تجربه

یک تصویر از اصوات را ارائه می دهد و به پاسخگویان یک فرصت آزادانه برای صحبت در مورد موضوع می دهد هم چنین ممن است موجب کاهش نگرانی شود. همچنین اطلاعاتی در مورد اینکه اصوات از کجا می آیند، به شخص یا اشخاصی مرتبط هستند و ماهیت آنها می دهد.

در پایان یک فهرست وجود دارد که به مصاحبه کننده کمک می ند تا تصمیم بگیرد که آیا این تجربه ماهیت یک توهم شنوایی را دارا است؟

تجربه یک توهم است اگر :

- اصوات حضور داشته باشند اما هیچ منشا قابل دسترسی برای دیگر افراد وجود نداشته باشد.
- اصوات برای فرد عجیب درک شوند ( غیر از خودم باشند)

## ۲ - ماهیت اصوات

تعداد اصواتی که فرد در حال حاضر می شوند و تغییرات آن در خلال زمان ،همیشگی بودن این اصوات، جزئیات هر صدا (اعم از محتوا، جنس ،تناوب ، شبیه بودن آنها به فرد مشخص) را مشخص می سازد.

## ۳ - تاریخچه شخصی در مورد شنیدن اصوات

این قسمت به اولین باری که پاسخگو اصوات را شنیده است بر می گردد. در اینجا سعی داریم تا بفهمیم که آیا نکته ای بخصوصی یا تغییراتی در زندگی پاسخگو و در زمان شروع اصوات وجود داشته است. در پایان فهرستی از شرایط و موقعیت های را که ممکن است در زندگی فرد قبل از شروع اصوات وجود داشته باشد را فراهم کرده ایم.

۴ - چه چیزی موجب را اندازی اصوات می شود ؟

محرک ها چیزی هستند که اصوات را در زندگی روزانه موجب می شود این سری از سوالات هم چنین به بررسی چیزی که باعث خاتمه دادن به آنها می شود می پردازد. در این قسمت به بررسی مکان ، زمان و موقعیت ، اشیا ، فعالیت ها یا احساساتی می پردازیم که موجب راه اندازی اصوات می شود.

۵ - صداها چه می گویند؟

در اینجا به بررسی ادراک و محتوا می پردازم. در این قسمت به بررسی محتوای دوستانه یا خصمانه و بیان کردن یک مثال از آنها می پردازیم.

۶ - شما چگونه منشا این اصوات را توضیح می دهید؟

توضیح خود بیمار را در مورد اصوات روشن می سازد. گزینه، یا گزینه های موجود را علامت می زنیم. اگر توضیح اضافی وجود داشته باشد آن را می نویسیم. که می تواند در زمینه روانپزشکی، مذهبی، عرفانی یا شخصی باشد.

۷ - صداها چه تاثیری در روش زندگی شما دارند؟

در این قسمت به بررسی تک تک روش هایی را که اصوات در زندگی بیمار تاثیر می گذارد و اثر آن ها روی شنونده می پردازیم. در این قسمت مشخص می شود که آیا شنونده از شنیدن بعضی و نه همه آنها شادمان است ( اگر اصوات غالباً مثبت باشند، شنونده تمایلی جهت خلاصی از آنها ندارد. که این بسیار مهم می باشد) یا هراسان می شود؟ آیا اصوات در فعالیت های روزمره بیمار دخالت می کند؟ در نهایت اصوات به ۴ دسته طبقه بندی می شوند : مثبت - منفی - هردو - خنثی.

## ۸ - تعادل روابط

در این قسمت مشخص می شود که آیا شنونده اصوات و صداها یک رابطه مساوی دارند یا خیر؟

از جمله بررسی تحت تاثیر قرارداد اصوات توسط شنونده، تحت کنترل بودن شنونده، یافتن اطلاعات بیشتر در مورد ارتباط با اصوات ( توانایی صحبت کردن شنونده با آنها، پاسخگویی اصوات به شنونده ، بحث کردن شنونده با اصوات و ... )

## ۹ - راهبردهای مقابله

در ان قسمت هر آنچه شنونده سعی در انجام آن دارد و ارتباط وی با اصوات و حفظ آزادی عمل وی می پردازیم. این در مورد آنچه آنها در اطاعت از اصوات انجام می دهند نمی باشد. اگر یک پاسخگو جواب «بلی» به یکی از آنها بدهد، ما به بررسی این می پردازیم که چه مواقعی آن را انجام می دهد و تاثیر آن بر روی اصوات ( ناپدید شدن یا تغییر ماهیت) و شنونده ( احساس امنیت کردن ، کمتر ناراحت بودن و غیره ) چیست؟

روش ها شامل راهبردهای شناختی ، رفتاری و جسمانی می باشد.

دست آخر به بررسی این نکته می پردازیم: تاثیر مثبت راهبردهای مورد استفاده، استفاده منظم از بیمار از آنها ،مقابله با شرایط ایجاد کننده اصوات، تاثیر راهبردهای مقابله از نظر بیمار و روشهایی که در گذشته که بیمار استفاده می کرد.

## ۱۰ - تجربیات کودکی

هدف در این قسمت بررسی این نکته می باشد که آیا تجربه های تروماتیکی در گذشته به خصوص در زمان کودکی وجود داشته است یا خیر . ترتیب سوالات این شانس را به مصاحبه کننده می دهد تا عمیق تر به بررسی پردازد تا در نات از سو استفاده جنسی سوال گردد.



## ۱۱ - تاریخچه درمان

به بررسی زمینه درمان های مورد استفاده بیمار از جمله نوع تخصص درمانگران، درمان دارویی، روان درمانی ف درمان های جایگزین می پردازد.

## ۱۲ - شبکه اجتماعی

افرادی که بیمار ارتباط خود را با آنها حفظ کرده است مشخص می سازد. این افراد لازم نیست نام برده شوند بلکه به صورت دای - عمو یا همسایه ذکر می گردند . همچنین در این قسمت بررسی می شوند که آیا افرادی که با بیمار ارتباط دارند از اصوات اطلاع دارند و یا بیمار می تواند با آنها در مورد اصوات گفتگو کند یا خیر.

## ۱۳ - سوالات

در اینجا به پاسخگو فرصتی داده می شود تا آزادانه هر نکته دیگری را ذکر نماید.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار رایانه ای SPSS (۱۶) استفاده شد.

جهت رعایت نکات اخلاقی موارد ذیل رعایت شده است :

اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیماران

موافقت پزشک معالج

محرمانه ماندن نام بیمار و اطلاعات فردی آنها

اطلاع دادن به پزشک معالج در صورت وجود توهمات شنوایی آمرانه خطرناک.

## فصل چهارم:

### نتایج

## مطالعات جمعیت شناسی بیماران :

در کل ۶۰ بیمار از استان قزوین ، ۲۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۲۰ مورد بیمار دوقطبی یک در دوره مانیا، ۲۰ بیمار اسکیزوافکتیو در مطالعه وارد شدند، که شامل ۴۵ مرد و ۱۵ زن بودند. گروه دوقطبی یک شامل ۱۵ مرد (۷۵٪) و ۵ زن (۲۵٪)، در گروه اسکیزوفرنیا ۱۴ مرد (۷۰٪) و ۶ زن (۳۰٪) و در گروه اسکیزوافکتیو ۱۶ مرد (۸۰٪) و ۴ زن (۲۰٪) را شامل می شوند.

میانگین سن در کل ۶۰ بیمار ( $9/2 \pm 38/1$ ) سال بوده است. این مقدار در گروه بیماران دو قطبی یک ( $9/7 \pm 36/55$ ) ، در گروه اسکیزوفرنیا ( $9/4 \pm 37/5$ ) و در اختلال اسکیزوافکتیو ( $8/4 \pm 40/2$ ) بوده است. که در این میان وضعیت تأهل به شکل مطلقه، متاهل و مجرد تعریف شد ، که در این میان در گروه دوقطبی یک ، ۵ نفر متاهل (۲۵٪)، ۸ نفر مجرد (۴۰٪) و ۷ نفر مطلقه (۳۵٪) به دست آمد.

در گروه اسکیزوفرنیا ۸ نفر متاهل (۴۰٪)، ۸ نفر مجرد (۴۰٪) و ۴ نفر مطلقه (۲۰٪) و در گروه اسکیزوافکتیو از میان ۲۰ نفر ۷ نفر متاهل (۳۵٪)، ۷ نفر مجرد (۴۰٪) و ۵ نفر مطلقه (۲۵٪) بودند.

در کل ۲۰ نفر از میان تمام بیماران متاهل بودند، ۲۴ نفر مجرد (۴۰٪) و ۱۶ نفر (۲۶/۷٪) مطلقه بودند.

جدول ۱- تعداد فرزندان بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

تعداد فرزندان بیماری	۰	۱	۲	۳	۴	۵
دوقطبی یک	۱۰ (۵۰٪)	۴ (۲۰٪)	۴ (۲۰٪)	۱ (۵٪)	۱ (۵٪)	-
اسکیزوفرنیا	۱۱ (۵۵٪)	۴ (۲۰٪)	۲ (۱۰٪)	۲ (۱۰٪)	-	۱ (۵٪)
اسکیزوافکتیو	۸ (۴۰٪)	۵ (۲۵٪)	۳ (۱۵٪)	۲ (۱۰٪)	۲ (۱۰٪)	-
کل	۲۹ (۴۸/۳٪)	۱۳ (۲۱/۷٪)	۹ (۱۵٪)	۵ (۸/۳٪)	۳ (۵٪)	۱ (۱/۷٪)

جدول ۲- وضعیت اجتماعی - اقتصادی (خانه) بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال

۱۳۹۳

وضعیت منزل بیماران	صاحب منزل	استیجاری	زندگی با والدین
دوقطبی یک	۷ (۳۵٪)	۴ (۲۰٪)	۹ (۴۵٪)
اسکیزوفرنیا	۱۲ (۶۰٪)	۶ (۳۰٪)	۲ (۱۰٪)
اسکیزوافکتیو	۱۰ (۵۰٪)	۷ (۳۵٪)	۳ (۱۵٪)
کل	۲۹ (۴۳٪)	۱۷ (۲۸/۳٪)	۱۴ (۲۳/۳٪)

وضعیت شغلی بیماران به شرح زیر آمده است:

جدول ۳- شغل بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

شغل بیماری	بیکار	راننده	کشاورز	کارگر	خانه دار	غیره
دوقطبی یک	۱۰ (۵۰٪)	۱ (۵٪)	۱ (۵٪)	۰	۵ (۲۵٪)	۳ (۱۵٪)
اسکیزوفرنیا	۱۰ (۵۰٪)	۱ (۵٪)	–	۱ (۵٪)	۶ (۳۰٪)	۲ (۱۰٪)
اسکیزوافکتیو	۱۶ (۸۰٪)	۱ (۵٪)	–	–	۲ (۱۰٪)	۱ (۵٪)
کل	۳۶ (۶۰٪)	۳ (۵٪)	۱ (۱/۷٪)	۱ (۱/۷٪)	۱۳ (۲۱/۷٪)	۶ (۱۰٪)

تعداد اصوات شنیده شده بین بیماران از ۵۰-۱ صدا گزارش شد که در میان بیماران دو قطبی یک ۵۰٪ بیماران، (۱۰ نفر) یک صدا را می شنیدند و ۶ بیمار (۳۰٪) گزارش می کردند که تعداد اصوات ۲ نفر می باشد، ۲ بیمار سه صدا، ۱ بیمار ۵ صدا و تنها یک بیمار گزارش ۱۰ صدا را داشتند.

در گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نیز بیشترین تعداد اصوات ۱ صدا بود که در ۳۰٪ بیماران (۶ بیمار) ذکر شده بود. ۲ بیمار ۲ صدا، ۵ بیمار (۲۵٪) ۳ صدا و تنها یک بیمار ذکر کرده بود که ۵۰ صدا را می شنود. (سایر بیماران: ۴ صدا در ۲ بیمار، ۵ صدا در ۲ بیمار، ۶ صدا در یک بیمار و ۱۰ صدا در یک بیمار)

در گروه مبتلایان به اسکیزوافکتیو نیز بیشترین تعداد اصوات ۱ صدا گزارش شد در ۳۵٪ بیماران (۷ بیمار) ۴، ۴ بیمار (۲۰٪)، ۲ صدا را می شنیدند و ۱ بیمار سه صدا، ۳ بیمار ۴ صدا، یک بیمار ۵ صدا، ۲ بیمار ۱۰ صدا، ۱ بیمار ۱۱ و ۱ بیمار ۱۲ صدا می شنیدند.

جدول ۴- ویژگی اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

بیماری ویژگی	دوقطبی یک		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو	
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
دانستن نام اصوات	۱۰ (۵۰٪)	۱۰ (۵۰٪)	۱۰ (۵۰٪)	۱۰ (۵۰٪)	۱۲ (۶۰٪)	۸ (۴۰٪)
تغییر تعداد اصوات	۴ (۲۰٪)	۱۶ (۸۰٪)	۷ (۳۵٪)	۱۳ (۶۵٪)	۷ (۳۵٪)	۱۳ (۶۵٪)
آشنا بودن و یادآوری لحن صداها به شخصی که بیمار می شناسد	۱۱ (۵۵٪)	۹ (۴۵٪)	۱۲ (۶۰٪)	۸ (۴۰٪)	۹ (۴۵٪)	۱۱ (۵۵٪)

جدول ۵- جنس اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

جنس اصوات بیماران	زن	مرد	هر دو	خدا
دوقطبی یک	۳ (۱۵٪)	۱۱ (۵۵٪)	۵ (۲۵٪)	۱ (۵٪)
اسکیزوفرنیا	۳ (۱۵٪)	۸ (۴۰٪)	۹ (۴۵٪)	–
اسکیزوافکتیو	۲ (۱۰٪)	۱۱ (۵۵٪)	۷ (۳۵٪)	–
کل	۸ (۱۳/۳٪)	۳۰ (۵۰٪)	۲۱ (۳۵٪)	۱ (۱/۷٪)

جدول ۶- سن شروع اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

سن شروع بیماران	۸ تا ۱۸ سال	۱۹ تا ۲۹ سال	۳۰ تا ۳۹ سال	$\leq 40$ سال	عدم به یادآوردن سن شروع اصوات
دوقطبی یک	۴ (۲۰٪)	۷ (۳۵٪)	۷ (۳۵٪)	۱ (۵٪)	۱ (۵٪)
اسکیزوفرنیا	۳ (۱۵٪)	۹ (۴۵٪)	۵ (۲۵٪)	۲ (۱۰٪)	۱ (۵٪)
اسکیزوافکتیو	۱ (۵٪)	۸ (۴۰٪)	۶ (۳۰٪)	۳ (۱۵٪)	۲ (۱۰٪)
کل بیماران	۸ (۱۳/۳٪)	۲۴ (۴۰٪)	۱۸ (۳۰٪)	۶ (۱۰٪)	۴ (۶/۷٪)

جدول ۷- زمان شروع اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

بیماری ویژگی	دوقطبی یک		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		کل بیماران	
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
داشتن زندگی مستقل برای اولین بار	۹ (٪۴۵)	۱۱ (٪۵۵)	۱۰ (٪۵۰)	۱۰ (٪۵۰)	۹ (٪۴۵)	۱۱ (٪۵۵)	۲۸ (٪۴۶/۷)	۳۲ (٪۵۳/۳)
تغییر مکان / مدرسه / شهر / روستا	۳ (٪۱۵)	۱۷ (٪۸۵)	۷ (٪۳۵)	۱۳ (٪۶۵)	۴ (٪۲۰)	۱۶ (٪۸۰)	۱۴ (٪۲۳/۳)	۴۶ (٪۷۶/۷)
شروع تحصیلات / دوره آموزشی	۰	۲۰ (٪۱۰۰)	۱ (٪۵)	۱۹ (٪۹۵)	۳ (٪۱۵)	۱۷ (٪۸۵)	۴ (٪ ۶/۷)	۵۶ (٪۹۳/۳)
مردودی در امتحان	۱۲ (٪۶۰)	۸ (٪۴۰)	۱۵ (٪۷۵)	۵ (٪۲۵)	۱۲ (٪۶۰)	۸ (٪۴۰)	۳۹ (٪۶۵)	۲۱ (٪۳۵)
بیکار شدن / اخراج شدن	۱۴ (٪۷۰)	۶ (٪۳۰)	۱۳ (٪۶۵)	۷ (٪۳۵)	۱۷ (٪۸۵)	۳ (٪۱۵)	۴۴ (٪۷۳/۳)	۱۶ (٪۷/۲۶)
تغییر در استخدام / سمت / شغل	۲ (٪۱۰)	۱۸ (٪۹۰)	۰	۲۰ (٪۱۰۰)	۱ (٪۵)	۱۹ (٪۹۵)	۳ (٪۵)	۵۷ (٪۹۵)

بازنشستگی / از کار افتادگی	۲	۱۸	۲ (٪۱۰)	۱۸	۱ (٪۵)	۱۹	۵ (۸/۳) (٪۹۵)	۵۵	۹۱/۷ (٪۹۱)
ترک خانه توسط فرزندان	۲	۱۸	۰	۲۰	۲ (٪۱۰)	۱۸	۴ (۶/۷) (٪۹۰)	۵۶	۹۳/۳ (٪۹۳)
مشکلات مالی	۱۳	۷ (٪۳۵)	۱۴	۶ (٪۳۰)	۱۵	۵ (٪۲۵)	۴۲ (٪۷۰)	۱۸	(٪۳۰)
بیماری یا محرومیت جسمی شدید	۵	۱۵	۲ (٪۱۰)	۱۸	۵ (٪۲۵)	۱۵	۱۲ (٪۲۰)	۴۸	(٪۸۰)

بیماری ویژگی	دوقطبی یک		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		کل بیماران	
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
پذیرش در بیمارستان عمومی / گرفتن بیهوشی	۷	۱۳	۶ (٪۳۰)	۱۴	۶ (٪۳۰)	۱۴	۱۹	۴۱
	(٪۳۵)	(٪۶۵)		(٪۷۰)		(٪۷۰)	۳۱/۷ (٪۷۰)	۶۸/۳ (٪۶۸)
مرگ عضو نزدیک /	۵	۱۵	۸ (٪۴۰)	۱۲	۸ (٪۴۰)	۱۲	۲۱	۳۹
	(٪۲۵)	(٪۷۵)		(٪۶۰)		(٪۶۰)	(٪۳۵)	(٪۶۵)



								خانواده یا دوست صمیمی
مرگ حیوان دست آموز محبوب فرد	۰	۲۰ (/۱۰۰)	۲ (/.۱۰)	۱۸ (/۹۰)	۳ (/۱۵)	۱۷ (/۸۵)	۵ (/.۸/۳)	۵۵ (/۹۱/۷) (/.
بیماری شدید فرد مورد علاقه	۷ (/۳۵)	۱۳ (/۶۵)	۹ (/.۴۵)	۱۱ (/۵۵)	۳ (/۱۵)	۱۷ (/۸۵)	۱۹ (/۳۱/۷) (/.	۴۱ (/۶۸/۳) (/.
پذیرش در بیمارستان روانی	۱۷ (/۸۵)	۳ (/.۱۵)	۲۰ (/۱۰۰)	۰	۱۶ (/۸۰)	۴ (/۲۰)	۵۳ (/۸۳/۳) (/.	۷ (/.۱۱/۷) (/.
خودکشی یا تلاش برای آن	۶ (/۳۰)	۱۴ (/۷۰)	۷ (/.۳۵)	۱۳ (/۶۵)	۴ (/۲۰)	۱۶ (/۸۰)	۱۷ (/۲۸/۳) (/.	(/۷۱/۷ ۴۳
طلاق / گسیختن رابطه خصوصی	۷ (/۳۵)	۱۳ (/۶۵)	۵ (/.۲۵)	۱۵ (/۷۵)	۷ (/۳۵)	۱۳ (/۶۵)	۱۹ (/۳۱/۷) (/.	۴۱ (/۶۸/۳) (/.
* اشکال در قاعدگی	۳ (/۶۰)	۲ (/.۴۰)	۲ (/.۲۳/۳)	۴ (/.۶۶/۷)	۲ (/۳۳/۳)	۴ (/۶۶/۷)	۷ (/.۴۶/۶)	۸ (/.۵۳/۴) (/.

		(%)	(%)					
درگیری عشقی یا شکست در آن	۱ (۱۵٪)	۱۹ (۹۵٪)	۴ (۲۰٪)	۱۶ (۸۰٪)	۴ (۲۰٪)	۱۶ (۸۰٪)	۹ (۱۵٪)	۵۱ (۸۵٪)

بیماری ویژگی	دوقطبی یک		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		کل بیماران	
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
تنش در خانه یا روابط با دیگران	۹ (۴۵٪)	۱۱ (۵۵٪)	۶ (۳۰٪)	۱۴ (۷۰٪)	۱۰ (۵۰٪)	۱۰ (۵۰٪)	۲۵ (۴۱٪)	۳۵ (۵۸٪)
هم جنس گرایی	۱ (۱۵٪)	۱۹ (۹۵٪)	۱ (۱۵٪)	۱۹ (۹۵٪)	۳ (۱۵٪)	۱۷ (۸۵٪)	۵ (۸٪)	۵۵ (۹۱٪)
بی وفایی یا خیانت از طرف فرد یا شریک جنسی	۱ (۱۵٪)	۱۹ (۹۵٪)	۱ (۱۵٪)	۱۹ (۹۵٪)	۲ (۱۰٪)	۱۸ (۹۰٪)	۴ (۶٪)	۵۶ (۹۳٪)
ارتباط وقایع ذکر شده در جدول با شروع صداها	۶ (۳۰٪)	۱۴ (۷۰٪)	۵ (۲۵٪)	۱۵ (۷۵٪)	۶ (۳۰٪)	۱۴ (۷۰٪)	۱۷ (۲۸٪)	۴۳ (۷۱٪)

\* این موضوع فقط در زنان بررسی شده که کل بیماران زن شرکت کننده در مطالعه ۱۵ نفر بوده اند.

\*\* هیچ کدام از ۶۰ بیمار شرکت کننده در مطالعه شرکت در جلسات روحانی و یا وقایع معنوی و مشکل با جامعه مذهبی را گزارش نکرده اند.

جدول ۸- زمان حضور اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

زمان حضور اصوات یا ناشی از شی خاص بیماران	مشاهده تلویزیون	آشپزی کردن	تنها بودن	سایر شرایط
دوقطبی یک	۲ (۱۰٪)	۱ (۵٪)	۱۲ (۶۰٪)	۵ (۲۵٪)
اسکیزوفرنیا	۱ (۵٪)	۱ (۵٪)	۹ (۴۵٪)	۹ (۴۵٪)
اسکیزوافکتیو	۳ (۱۵٪)	۱ (۵٪)	۱۱ (۵۵٪)	۵ (۲۵٪)
کل بیماران	۶ (۱۰٪)	۳ (۵٪)	۳۲ (۵۳٪)	۱۹ (۳۱/۷٪)

۶۵٪ (۱۳ نفر) از بیماران دوقطبی یک و اسکیزوافکتیو و ۷۵٪ (۱۵ نفر) از بیماران اسکیزوفرنی حضور اصوات را همیشگی ذکر می‌کنند.

جدول ۹- احساسات بیمار در هنگام شنیدن اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

احساس	ناراحت	عصبانی	خوشحال	ترس	بدون احساس
-------	--------	--------	--------	-----	---------------

بیمار در موقع شنیدن اصوات بیماران					خاص
دوقطبی یک	۵ (٪۲۵)	۱ (٪۵)	۱۰ (٪۵۰)	۰	۴ (٪۲۰)
اسکیزوفرنیا	۱۲ (٪۶۰)	۱ (٪۵)	۳ (٪۱۵)	۲ (٪۱۰)	۲ - (٪۱۰)
اسکیزوافکتیو	۸ (٪۴۰)	۱ (٪۵)	۸ (٪۴۰)	۱ (٪۵)	۲ (٪۱۰)
کل بیماران	۲۵ (٪ ۴۱/۷)	۳ (٪۵)	۲۱ (٪ ۳۵)	۳ (٪۵)	۸ (٪ ۱۳/۳)

در کل بیماران در تقسیم بندی اصوات به ۲ زیرگروه دوستانه و خصمانه، در گروه بیماران دوقطبی یک ۸۵٪ (۱۷ نفر) از بیماران، در گروه اسکیزوافکتیو ۶۵٪ (۱۳ نفر) از بیماران اصوات دوستانه می شنیدند که این مقدار در گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۳۰٪ (۶ نفر) بود. ۱۵٪ (۳ نفر) از بیماران دوقطبی یک، ۷۵٪ (۱۵ نفر) از اسکیزوفرنیا و ۴۵٪ (۹ نفر) از اسکیزوافکتیو ذکر می کردند که اصوات خصمانه می شنوند که تفاوت معنی داری بین سه گروه وجود داشت.

جدول ۱۰- اشیا منشا اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

ناشی بودن	تلویزیون	یخچال	ماشین	تلویزیون و دیوار	ماه	عکس	هیچ شی
اصوات از شی خاص بیماران							
دوقطبی یک	۳ (٪۱۵)	۰	۰	۰	۰	۰	۱۷ (٪۸۵)
اسکیزوفرنیا	۷ (٪۳۵)	۱ (٪۵)	۱ (٪۵)	۰	۰	۰	۱۱ (٪۵۵)
اسکیزوافکتیو	۵- (٪۲۵)	۰	۱ (٪۵)	۱ (٪۵)	۱ (٪۵)	۱ (٪۵)	۱۱ (٪۵۵)
کل بیماران	۱۱ (٪۲۵)	۱ (٪۱/۷)	۲ (٪۳/۳)	۱ (٪۱/۷)	۱ (٪۱/۷)	۱ (٪۱/۷)	۳۹ (٪۶۵)

جدول ۱۱- شرایط و موقعیت های حضور اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال

۱۳۹۳

ویژگی علامت	بیماران دوقطبی یک		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		کل بیماران		P value
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	
حضور صدا در زمان حسادت	۱۴ (٪۷۰)	۶ (٪۳۰)	۱۷ (٪۸۵)	۳ (٪۱۵)	۱۶ (٪۸۰)	۴ (٪۲۰)	۴۷ (٪۷۸/۳)	۱۳ (٪۲۱/۷)	

		(%)	(%)						یا غیرتی شدن
		۱۷ ۲۸/۳ (%)	۴۳ ۷۱/۷ (%)	۷ (۳۵٪)	۱۳ (۶۵٪)	۲ (۱۰٪)	۱۸ (۹۰٪)	۸ (۴۰٪)	۱۲ (۶۰٪) حضور صدا در سوگواری
		۹ (۱۵٪)	۵۱ (۸۵٪)	۴ (۲۰٪)	۱۶ (۸۰٪)	۱ (۵٪)	۱۹ (۹۵٪)	۴ (۲۰٪)	۱۶ (۸۰٪) حضور صدا در خستگی
معنی دار ۰/۰۲۶		۱۳ ۲۱/۷ (%)	۴۷ ۷۸/۳ (%)	۴ (۲۰٪)	۱۶ (۸۰٪)	۱ (۵٪)	۱۹ (۹۵٪)	۸ (۴۰٪)	۱۲ (۶۰٪) * حضور صدا در اندوه/ افسردگی
		۱۴ ۲۳/۳ (%)	۴۶ ۷۶/۷ (%)	۲ (۱۰٪)	۱۸ (۹۰٪)	۶ (۳۰٪)	۱۴ (۷۰٪)	۶ (۳۰٪)	۱۴ (۷۰٪) حضور صدا در شادمانی
		۶/۷ (%)	۵۶ ۹۳/۳ (%)	۲ (۱۰٪)	۱۸ (۹۰٪)	۱ (۵٪)	۱۹ (۹۵٪)	۱ (۵٪)	۱۹ (۹۵٪) حضور صدا در تنهایی
۰/۰۴۸		۱۷ ۲۸/۳ (%)	۴۳ ۷۱/۷ (%)	۶ (۳۰٪)	۱۴ (۷۰٪)	۲ (۱۰٪)	۱۸ (۹۰٪)	۹ (۴۵٪)	۱۱ (۵۵٪) * حضور صدا در ناامنی

ویژگی علامت	بیماران دوقطبی		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		کل بیماران		P <sub>value</sub>
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	
* حضور صدا در ترس	۱۱ (٪۵۵)	۹ (٪۴۵)	۱۸ (٪۹)	۲ (٪۱۰)	۱۲ (٪۶۰)	۸ (٪۴۰)	۴۱ (٪۶۸/۳)	۱۹ (٪۳۱/۷)	۰/۰۳۶
حضور صدا در شک و تردید	۱۱ (٪۵۵)	۹ (٪۴۵)	۱۹ (٪۹۵)	۱ (٪۵)	۱۲ (٪۶۰)	۸ (٪۴۰)	۴۲ (٪۷۰)	۱۸ (٪۳۰)	۰/۰۱۱
حضور صدا در عشق	۱۱ (٪۵۵)	۹ (٪۴۵)	۱۵ (٪۷۵)	۵ (٪۲۵)	۹ (٪۴۵)	۱۱ (٪۵۵)	۳۵ (٪۵۸/۳)	۲۵ (٪۴۱/۷)	
حضور صدا در عصبانیت	۱۸ (٪۹۰)	۲ (٪۱۰)	۱۶ (٪۸۰)	۴ (٪۲۰)	۱۴ (٪۷۰)	۶ (٪۳۰)	۴۸ (٪۸۰)	۱۲ (٪۲۰)	
حضور صدا در موقع احساس جنسی فرد	۱۴ (٪۷۰)	۶ (٪۳۰)	۱۶ (٪۸۰)	۴ (٪۲۰)	۱۲ (٪۶۰)	۸ (٪۴۰)	۴۲ (٪۷۰)	۱۸ (٪۳۰)	
حضور صدا در زمان احساس جنسی	۱۴ (٪۷۰)	۶ (٪۳۰)	۲ (٪۱۰)	۶ (٪۳۰)	۱۲ (٪۶۰)	۸ (٪۴۰)	۶۶ (٪۷۰)	۲۰ (٪۳۳/۳)	

دیگران									
* واکنش اصوات به صورت مقابله کننده	۱ (%.۵)	-	۵ (%.۲۵)	-	۵ (%.۲۵)	-	۱۱ (۱۸/۳) (%.۱۸)		
واکنش اصوات به صورت کمک کننده	۶ (%.۸۰)	-	۸ (%.۴۰)	-	۵ (%.۲۵)	-	۲۹ (۴۸/۳) (%.۴۸)		
واکنش اصوات به صورت ترساننده	۳ (%.۱۵)	-	۷ (%.۳۵)	-	۱۰ (%.۵۰)	-	۲۰ (۳/۳۳) (%.۳۳)		

\* P<sub>value</sub> معنی دار شده است.

\*\* نوع واکنش اصوات نیز با  $P_{\text{value}} = ۰/۰۱$  معنی دار شده است و بین سه گروه متمایز از همدیگر می باشد.

جدول ۱۲- موضوع صحبت اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

موضوع صحبت	بیمار	خانواده	مسائل مذهبی	بیمار و خانواده اش	خود اصوات	مسائل سیاسی
---------------	-------	---------	----------------	-----------------------	--------------	----------------



بیماران		اصوات					
دوقطبی یک	۱۴ (٪۷۰)	–	۶ (٪۳۰)	–	–	–	–
اسکیزوفرنیا	۱۶ (٪۸۰)	۳ (٪۱۵)	۱ (٪۵)	–	–	–	–
اسکیزوافکتیو	۱۲ (٪۶۰)	۲ (٪۱۰)	۲ (٪۱۰)	۲ (٪۱۰)	۱ (٪۵)	۱ (٪۵)	۱ (٪۵)
کل بیماران	۴۲ (٪۷۰)	۵ (٪۸/۳)	۹ (٪۱۵)	۲ (٪۳/۳)	۱ (٪۱/۷)	۱ (٪۱/۷)	۱ (٪۱/۷)

جدول ۱۳- منشا اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

بیماران	بیماران دوقطبی یک		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		کل بیماران		P value
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	
فردی زنده از زندگی روزمره بیمار	۵ (٪۲۵)	۱۵ (٪۷۵)	۹ (٪۴۵)	۱۱ (٪۵۵)	۹ (٪۴۵)	۱۱ (٪۵۵)	۲۳ (٪۳۸/۳)	۳۷ (٪۶۱/۷)	
والدین یا عضو خانواده	۴ (٪۲۰)	۱۶ (٪۸۰)	۸ (٪۴۰)	۱۲ (٪۶۰)	۷ (٪۳۵)	۱۳ (٪۶۵)	۱۹ (٪۳۱/۷)	۴۱ (٪۶۸/۳)	
فردی زنده اما ناشناخته	۱۰ (٪۵۰)	۱۰ (٪۵۰)	۱۰ (٪۵۰)	۱۰ (٪۵۰)	۹ (٪۴۵)	۱۱ (٪۵۵)	۲۹ (٪۴۸/۳)	۳۱ (٪۵۱/۷)	

	(%)	(%)							
فرد فوت شده اما به خوبی شناخته شده	۳۸ ۶۳/۳ (%)	۲۲ ۳۶/۷ (%)	۱۴ (/۷۰)	۶ (/۳۰)	۱۲ (/۶۰)	۸ (/۴۰)	۱۲ (/۶۰)	۸ (/۴۰)	
فردی فوت شده اما ناشناخته	۴۹ ۸۱/۷ (%)	۱۱ ۱۸/۳ (%)	۱۷ (/۸۵)	۳ (/۱۵)	۱۶ (/۸۰)	۴ (/۲۰)	۱۶ (/۸۰)	۴ (/۲۰)	
قسمتی از شخصیت بیمار	۴۲ (/۷۰)	۱۸ (/۳۰)	۱۳ (/۶۵)	۷ (/۳۵)	۱۶ (/۸۰)	۴ (/۲۰)	۱۳ (/۶۵)	۷ (/۳۵)	
* راهنمای خوب	۰/۰۱ ۳۰ (/۵۰)	۳۰ (/۵۰)	۱۰ (/۵۰)	۱۰ (/۵۰)	۱۶ (/۸۰)	۴ (/۲۰)	۴ (/۲۰)	۱۶ (/۸۰)	
متعلق به روح/ تناسخ	۳۹ (/۶۵)	۲۱ (/۳۵)	۱۴ (/۷۰)	۶ (/۳۰)	۱۴ (/۷۰)	۶ (/۳۰)	۱۱ (/۵۵)	۹ (/۴۵)	
متعلق به خدایان/ فرشتگان	۴۰ ۶۶/۷ (%)	۲۰ ۳۳/۳ (%)	۱۲ (/۶۰)	۸ (/۴۰)	۱۵ (/۷۵)	۵ (/۲۵)	۱۳ (/۶۵)	۷ (/۳۵)	
متعلق به خدای مهربان	۴۵ (/۷۵)	۱۵ (/۲۵)	۱۴ (/۷۰)	۶ (/۳۰)	۱۵ (/۷۵)	۵ (/۲۵)	۱۶ (/۸۰)	۴ (/۲۰)	
* متعلق به روح خبیث یا شیطان	۰/۰۴۸ ۴۷ ۷۸/۳ (%)	۱۳ ۲۱/۷ (%)	۱۷ (/۸۵)	۳ (/۱۵)	۱۲ (/۶۰)	۸ (/۴۰)	۱۸ (/۹۰)	۲ (/۱۰)	

متعلق به وجود ماورالطبیعه	۹ (٪۴۵)	۱۱ (٪۵۵)	۱۱ (٪۵۵)	۹ (٪۴۵)	۱۲ (٪۶۰)	۸ (٪۴۰)	۳۲ (٪۵۳/۳) (٪)	۲۸ (٪۴۶/۷) (٪)	
ادراک غیرعادی (تله پاتی)	۳ (٪۱۵)	۱۷ (٪۸۵)	۸ (٪۴۰)	۱۲ (٪۶۰)	۹ (٪۴۵)	۱۱ (٪۵۵)	۲۰ (٪۳۳/۳) (٪)	۴۰ (٪۶۶/۷) (٪)	
ناشی از دردهای دیگران	۲ (٪۱۰)	۱۸ (٪۹۰)	۶ (٪۳۰)	۱۴ (٪۷۰)	۳ (٪۱۵)	۱۷ (٪۸۵)	۱۱ (٪۱۸/۳) (٪)	۴۹ (٪۸۱/۷) (٪)	
نشان دهنده بیماری	۳ (٪۱۵)	۱۷ (٪۸۵)	۴ (٪۲۰)	۱۶ (٪۸۰)	۶ (٪۳۰)	۱۴ (٪۷۰)	۱۳ (٪۲۱/۷) (٪)	۴۷ (٪۷۸/۳) (٪)	

\* در این موارد تفاوت معنی دار بین سه گروه دیده شده است.

جدول ۱۴- تاثیر اصوات بر زندگی بیمار در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

P <sub>value</sub>	بیماران یک		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		کل بیماران		تاثیر اصوات
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	
۰/۰۱۴	۱۵ (٪۷۵)	۵ (٪۲۵)	۶ (٪۳۰)	۱۴ (٪۷۰)	۱۲ (٪۶۰)	۸ (٪۴۰)	۳۳ (٪۵۵)	۲۷ (٪۴۵)	* پیدا کردن راه حل مشکل توسط اصوات

۰/۰۰۷	۲۵ ۴۱/۷ C/.	۳۵ ۵۸/۳ C/.	۶ (/۳۰)	۱۴ (/۷۰)	۱۴ (/۷۰)	۶ (/۳۰)	۵ (/۲۵)	۱۵ (/۷۵)	* نصیحت کردن بیمار
	۸ ۱۲/۳ C/.	۵۲ ۸۶/۷ C/.	۲ (/۱۰)	۱۸ (/۹۰)	۳ (/۱۵)	۱۷ (/۸۵)	۳ (/۱۵)	۱۷ (/۸۵)	اظهار نظر اصوات در مورد فکر یا کار بیمار
	۸ ۱۲/۳ C/.	۵۲ ۸۶/۷ C/.	۱ (۰/۵)	۱۹ (/۹۵)	۴ (/۲۰)	۱۶ (/۸۰)	۳ (/۱۵)	۱۷ (/۸۵)	اظهار نظر در مورد افراد مرتبط با بیمار
۰/۰۴۸	۳۸ ۶۱/۷ C/.	۲۳ ۳۸/۳ C/.	۱۴ (/۷۰)	۶ (/۳۰)	۸ (/۴۰)	۱۲ (/۶۰)	۱۵ (/۷۵)	۵ (/۲۵)	* جانشین شدن فکر بیمار توسط اصوات
۰/۰۱۷	۲۸ ۴۶/۷ C/.	۳۲ ۵۳/۳ C/.	۹ (/۴۵)	۱۱ (/۵۵)	۵ (/۲۵)	۱۵ (/۷۵)	۱۴ (/۷۰)	۶ (/۳۰)	* فحش دادن یا انتقاد کردن از کارهای بیمار
	۲۵ ۴۱/۷ C/.	۳۵ ۸۵/۳ C/.	۸ (/۴۰)	۱۲ (/۶۰)	۵ (/۲۵)	۱۵ (/۷۵)	۱۲ (/۶۰)	۸ (/۴۰)	ممانعت از انجام کارهای مورد علاقه بیمار توسط صدا

	۱۲ (٪۲۰)	۴۸ (٪۸۰)	۶ (٪۳۰)	۱۴ (٪۷۰)	۳ (٪۱۵)	۱۷ (٪۸۵)	۳ (٪۱۵)	۱۷ (٪۸۵)	تقویت فکرهای ذهن بیمار توسط اصوات
۰/۰۱۷	۲۹ ۴۸/۳) (٪	۳۱ ۵۱/۷) (٪	۱۰ (٪۵۰)	۱۰ (٪۵۰)	۵ (٪۲۵)	۱۵ (٪۷۵)	۱۴ (٪۷۰)	۶ (٪۳۰)	* ممانعت و مزاحمت صحبت کردن بیمار با افراد دیگر
	۱۹ ۳۱/۷) (٪	۴۱ ۶۸/۳) (٪	۷ (٪۳۵)	۱۳ (٪۶۵)	۴ (٪۲۰)	۱۶ (٪۸۰)	۸ (٪۴۰)	۱۲ (٪۶۰)	دستور دادن اصوات به بیمار
	۱۵ (٪۲۵)	۴۵ (٪۷۵)	۵ (٪۲۵)	۱۵ (٪۷۵)	۶ (٪۳۰)	۱۴ (٪۷۰)	۴ (٪۲۰)	۱۶ (٪۸۰)	تقویت احساسات بیمار توسط اصوات
۰/۰۳۸	۲۸ ۴۶/۷) (٪	۳۲ ۵۳/۳) (٪	۱۰ (٪۵۰)	۱۰ (٪۵۰)	۵ (٪۲۵)	۱۵ (٪۷۵)	۱۳ (٪۶۵)	۷ (٪۳۵)	* ممانعت از انجام کارهای مورد علاقه توسط بیمار

\* تفاوت معنی دار بین سه گروه موجود است.

جدول ۱۵- ارتباط با اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

ویژگی بیماران	تحت تاثیر قرار دادن با حضور	بیان راه توسط اصوات	هر دو حالت
دوقطبی یک	(۹) ۴۵٪	(۱۱) ۵۵٪	–
اسکیزوفرنیا	(۱۱) ۵۵٪	(۹) ۴۵٪	–
اسکیزوافکتیو	(۱۱) ۵۵٪	(۸) ۴۰٪	(۱) ۵٪
کل بیماران	(۳۱) ۵۱/۷٪	(۲۸) ۴۶/۷٪	(۱) ۱/۷٪

جدول ۱۶- ارزیابی اصوات توسط بیمار در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

ارزیابی اصوات توسط بیمار بیماران	تحت تاثیر قرار دادن با حضور	بیان راه توسط اصوات	هر دو حالت
دوقطبی یک	(۱۴) ۷۰٪	(۴) ۲۰٪	(۲) ۱۰٪
اسکیزوفرنیا	(۴) ۲۰٪	(۱۶) ۸۰٪	-
اسکیزوافکتیو	(۹) ۴۵٪	(۹) ۴۵٪	(۲) ۱۰٪
کل بیماران	(۲۷) ۴۵٪	(۲۹) ۴۸/۳٪	(۴) ۶/۷٪

در گروه بیماران دوقطبی یک ، ۴۰٪ (۸ نفر) ذکر کرده بودند که اصوات مزاحم فعالیت های روزمره آن ها می شوند ، که این میزان در گروه اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو به ترتیب ۷۰٪ (۱۴ نفر) و ۵۰٪ (۱۰ نفر) بود که بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت.

در قسمت تعادل روابط، در گروه بیماران دوقطبی یک ۵۰٪ (۱۰ نفر) ، از بیماران اسکیزوفرنیا ۴۰٪ (۸ نفر) و اسکیزوافکتیو ۳۱/۶٪ (۶ نفر) توانایی مکالمه با اصوات را داشتند ، که در جدول زیر اطلاعات تکمیلی آمده است:

جدول ۱۷- مکالمه با اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

طریقه مکالمه بیمار بیماران	صدای بلند	در ذهن خود	هر دو روش	کل
دوقطبی یک	۷۰٪ (۷)	۲۰٪ (۲)	۱۰٪ (۱)	۱۰۰٪ (۱۰)
اسکیزوفرنیا	۱۲/۵٪ (۱)	۸۷/۵٪ (۷)	—	۱۰۰٪ (۸)
اسکیزوافکتیو	۵۰٪ (۳)	۵۰٪ (۳)	—	۱۰۰٪ (۱۶)
کل بیماران	۴۵/۸٪ (۲۷)	۵۰٪ (۱۲)	۴/۲٪ (۱)	

تنها ۴ بیمار دوقطبی یک (۲۰٪)، ۵ بیمار اسکیزوفرنیا (۲۵٪) و ۴ بیمار اسکیزوافکتیو (۲۰٪) ذکر می کردند که اصوات را به نام می خوانند.



جدول ۱۸- تعادل روابط در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

P <sub>value</sub>	کل بیماران			اسکیزوافکتیو			اسکیزوفرنیا			دوقطبی یک			بیماران ویژگی
	نمی دانم	خیر	بلی	نمی دانم	خیر	بلی	نمی دانم	خیر	بلی	نمی دانم	خیر	بلی	
	(۳) ۰.۵%	(۴۸) ۸۵.۰%	(۹) ۱۵.۰%	—	(۱۷) ۸۵.۰%	(۳) ۱۵.۰%	(۱) ۰.۵%	(۱۸) ۹۰.۰%	(۱) ۵.۰%	۱۰.۰% (۲)	(۱۳) ۶۵.۰%	(۵) ۲۵.۰%	تحت تاثیر قرار دادن طریق اصوات به هم
	—	(۲۷) ۴۵.۰%	(۳۳) ۵۵.۰%	—	(۱۱) ۵۵.۰%	(۹) ۴۵.۰%	—	(۵) ۲۵.۰%	(۱۵) ۷۵.۰%	—	(۱۱) ۵۵.۰%	(۹) ۴۵.۰%	تحت کنترل اصوات بودن
	—	(۲۰) ۳۳/۳ ٪	(۲۴) ۴۰.۰%	—	(۴) ۲۰.۰%	(۱۱) ۵۵.۰%	—	(۱۱) ۵۵.۰%	(۵) ۲۵.۰%	—	(۵) ۲۵.۰%	(۸) ۴۰.۰%	* توانایی سرپیچی از اصوات
۰.۰۷ ۰/	—	(۳۰) ۵۵.۰%	(۳۰) ۵۵.۰%	—	(۱۰) ۵۵.۰%	(۱۰) ۵۵.۰%	—	(۱۵) ۷۵.۰%	(۵) ۲۵.۰%	—	(۵) ۲۵.۰%	(۱۵) ۷۵.۰%	** قطع رابطه با اصوات و ارتباط مجدد با آن ها
	—	(۱۶) ۲۶/۷ ٪	(۴۴) ۷۳/۳ ٪	—	(۶) ۳۰.۰%	(۱۴) ۷۰.۰%	—	(۸) ۴۰.۰%	(۱۲) ۶۰.۰%	—	(۲) ۱۰.۰%	(۱۸) ۹۰.۰%	تمرکز دقیق روی اصوات

\* در این قسمت ۳۵٪ (۷ نفر) از بیماران دو قطبی، ۲۰٪ (۴ نفر) از اسکیزوفرنیا ها و ۲۵٪ (۵ نفر) از بیماران اسکیزوافکتیو ذکر می کردند که محتوای اصوات به شکل آمرانه نبوده است.

\*\* تفاوت معنی دار بین سه گروه موجود بوده است.

۴۰٪ (۸ نفر) از بیماران دو قطبی یک، ۸۵٪ (۱۷ نفر) از اسکیزوفرنیا ها و ۷۰٪ (۱۴ نفر) از بیماران اسکیزوافکتیو هنگام شنیدن اصوات بیشتر سوی آن ها تمرکز داشتند و ۶۰٪ (۱۲ نفر) از دو قطبی یک، ۱۵٪ (۳ نفر) از اسکیزوفرنیا ها و ۳۰٪ (۶ نفر) از اسکیزوافکتیو سوی کاری که خودشان انجام می دادند تمرکز می کردند. که در این مورد با  $P_{value} = 0/01$  بین سه گروه تفاوت معنی دار وجود داشته است.

جدول ۱۹- راهبردهای مقابله با اصوات در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

P <sub>value</sub>	کل بیماران		اسکیزوافکتیو		اسکیزوفرنیا		دوقطبی یک		بیماران ویژگی
	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	
	(۲۱) ٪۳۵	(۳۹) ٪۶۵	(۵) ٪۲۵	(۱۵) ٪۷۵	(۵) ٪۲۵	(۱۵) ٪۷۵	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	دور کردن اصوات
	(۲۷) ٪۴۵	(۳۳) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۱۱) ٪۵۵	(۸) ٪۴۰	(۱۲) ٪۶۰	(۱۰) ٪۵۰	(۱۰) ٪۵۰	نادیده گرفتن اصوات
	(۴۱) ۶۸/۳ ٪	(۱۹) ۷٪ ۳۱	(۱۵) ٪۷۵	(۵) ٪۲۵	(۱۴) ٪۷۰	(۶) ٪۳۰	(۱۲) ٪۶۰	(۸) ٪۴۰	تمرکز برای شنیدن اصوات
	(۴۲) ٪۷۰	(۱۸) ٪۳۰	(۱۶) ٪۸۰	(۴) ٪۲۰	(۱۷) ٪۶۵	(۷) ٪۳۵	(۱۳) ٪۶۵	(۷) ٪۳۵	گوش دادن به طور انتخابی به اصوات
	(۲۰) ۳۳/۳ ٪	(۴۰) ۶۶/۷ ٪	(۵) ٪۲۵	(۱۵) ٪۷۵	(۵) ٪۲۵	(۱۵) ٪۷۵	(۱۰) ٪۵۰	(۱۰) ٪۵۰	به چیز دیگری فکر کردن
	(۴۷) ۷۸/۳ ٪	(۱۳) ۲۱/۷ ٪	(۱۶) ٪۸۰	(۴) ٪۲۰	(۱۷) ٪۸۵	(۳) ٪۱۵	(۱۴) ٪۷۰	(۶) ٪۳۰	بحث کردن با اصوات
۰/۰۴۶	(۵۳) ۸۸/۳	(۷) ۱۱/۷	(۱۸) ٪۹۰	(۲) ٪۱۰	(۲۰) ۱۰۰	.	(۱۵) ٪۷۵	(۵) ٪۲۵	* حفظ کردن حد و مرز با اصوات

	%	%			%				
	(۱۹) ۳۱/۷ %	(۴۱) ۶۸/۳ %	(۹) %۴۵	(۱۱) %۵۵	(۳) %۱۵	(۱۷) %۸۵	(۷) %۳۵	(۱۳) %۶۵	شروع به انجام کاری کردن
	(۳۳) %۵۵	(۲۷) %۴۵	(۱۲) %۶۰	(۸) %۴۰	(۸) %۴۰	(۱۲) %۶۰	(۱۳) %۶۵	(۷) %۳۵	تلاش برای فرار از اصوات

P value	کل بیماران		اسکیزوافکتیو		اسکیزوفرنیا		دوقطبی یک		بیماران ویژگی
	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	
	(۲۷) ٪۴۵	(۳۳) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۱۱) ٪۵۵	تلفن زدن یا ملاقات یک فرد
	(۳۷) ٪ ۶۱/۷	(۲۳) ٪ ۳۸/۳	(۱۴) ٪۷۰	(۶) ٪۳۰	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۱۲) ٪۶۰	(۸) ٪۴۰	پرت کردن حواس خود
	(۵۰) ٪ ۸۳/۳	(۱۰) ٪ ۱۶/۷	(۱۸) ٪۹۰	(۲) ٪۱۰	(۱۶) ٪۸۰	(۴) ٪۲۰	(۱۶) ٪۸۰	(۴) ٪۲۰	یادداشت کردن آنچه اصوات می گویند
	(۵۷) ٪۹۵	(۳) ٪۵	(۲۰) ٪۱۰۰	۰	(۱۹) ٪۹۵	(۱) ٪۵	(۱۸) ٪۹۰	(۲) ٪۱۰	انجام مراسم با آداب و اعمال خاص
	(۲۹) ٪ ۴۸/۳	(۳۱) ٪ ۵۱/۷	(۱۲) ٪۶۰	(۸) ٪۴۰	(۶) ٪۳۰	(۱۴) ٪۷۰	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	استفاده از دارو
	(۳۰) ٪۵۰	(۳۰) ٪۵۰	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۹) ٪۴۵	(۱۱) ٪۵۵	(۱۰) ٪۵۰	(۱۰) ٪۵۰	مصرف الکل یا مواد
	(۵۰) ٪ ۸۳/۳	(۱۰) ٪ ۱۶/۷	(۱۶) ٪۸۰	(۴) ٪۲۰	(۱۶) ٪۸۰	(۴) ٪۲۰	(۱۸) ٪۹۰	(۲) ٪۱۰	مصرف غذا

استفاده منظم از راه مقابله خاص توسط بیمار	(۲)	(۱۸)	(۱۳)	(۷)	(۷)	(۱۳)	(۲۲)	(۳۸)	۰/۰۰۱
	%۱۰	%۹۰	%۶۵	%۳۵	%۳۵	%۶۵	%۳۶/۷	%۶۳/۳	

\* از لحاظ آماری بین سه گروه بیماران تفاوت معنی دار وجود داشته است

جدول ۲۰- تاثیر راهبرد مقابله با اصوات در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

بیماران	تاثیر راه مقابله	موثر	بی اثر	عدم استفاده بیمار از راه مقابله ای	کمی موثر
دوقطبی یک	(۲) %۱۰	(۷) %۳۵	(۱۱) %۵۵	-	-
اسکیزوفرنیا	(۲) %۱۰	(۱۳) %۶۵	(۳) %۱۵	(۲) %۱۰	
اسکیزوافکتیو	(۵) %۲۵	(۵) %۲۵	(۵) %۲۵	(۵) %۲۵	
کل بیماران	(۹) %۱۵	(۲۵) %۴۱/۷	(۱۹) %۳۱/۷	(۷) %۱۱/۷	

با ۰/۰۰۹ Pvalue: بین سه گروه بیماران تفاوت معنی دار وجود داشته است.

جدول ۲۱- تجربیات دوران کودکی در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

بیماران	دوقطبی یک	اسکیزوفرنیا	اسکیزوافکتیو	کل بیماران
ویژگی	بلی	خیر	بلی	خیر
کودکی خوشایند	(۱۶)	(۱۶)	(۱۶)	(۴۸) %۸۰

			٪۸۰		٪۸۰		٪۸۰	
	٪۲۰ (۱۲)		(۴) ٪۲۰		(۴) ٪۲۰		(۴) ٪۲۰	کودکی پر تنش
۱۱/۷ (۷) ٪	(۵۳) ٪ ۸۸/۳	٪۵ (۱)	(۱۹) ٪۹۵	(۳) ٪۱۵	(۱۷) ٪۸۵	(۳) ٪۱۵	(۱۷) ٪۸۵	احساس امنیت در مدرسه
۱۱/۷ (۷) ٪	(۵۳) ٪ ۸۸/۳	٪۵ (۱)	(۱۹) ٪۹۵	(۳) ٪۱۵	(۱۷) ٪۸۵	(۳) ٪۱۵	(۱۷) ٪۸۵	احساس امنیت در خیابان
٪ ۸/۳ (۵)	(۵۵) ٪ ۹۱/۷	٪۵ (۱)	(۱۹) ٪۹۵	(۲) ٪۱۰	(۱۸) ٪۹۰	(۲) ٪۱۰	(۱۸) ٪۹۰	احساس امنیت در خانه
(۳۵) ٪ ۵۸/۳	(۲۵) ٪ ۴۱/۷	(۱۴) ٪۷۰	(۶) ٪۳۰	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۱۰) ٪۵۰	(۱۰) ٪۵۰	بد رفتاری در کودکی
–	٪ ۳/۳ (۲)	–	(۲) ٪۱۰	–	–	–	–	محبوس شدن در دستشویی
–	٪ ۳/۳ (۲)	–	–	–	–	–	(۲) ٪۱۰	بسته شدن دست و پا
(۳۸) ٪ ۶۳/۳	(۲۲) ٪ ۳۶/۷	(۱۳) ٪۶۵	(۷) ٪۳۵	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۱۴) ٪۷۰	(۶) ٪۳۰	نعره زدن یا فریاد کشیدن سر بیمار
(۳۸) ٪ ۶۳/۳	(۲۲) ٪ ۳۶/۷	(۱۳) ٪۶۵	(۷) ٪۳۵	(۱۱) ٪۵۵	(۹) ٪۴۵	(۱۴) ٪۷۰	(۶) ٪۳۰	احساس نخواستن بیمار از طرف خانواده

تنها یک بیمار دو قطبی یک شاهد بدرفتاری با مادر و یک بیمار شاهد بدرفتاری با خواهر در کودکی بوده اند. سه بیمار اسکیزوفرنیا شاهد بدرفتاری با مادر و ۲ بیمار شاهد بدرفتاری با برادر خویش در کودکی بوده اند.

تنها یک بیمار از گروه اسکیزوفرنیا و یک بیمار از گروه اسکیزوافکتیو سابقه سورفتار جنسی در کودکی را گزارش نموده بودند.

تاریخچه درمان:

تعداد دفعات بستری بیماران بین ۱۳-۰ نوبت متغیر بود که بیشترین دفعات بستری ۱ نوبت در هر سه گروه از بیماران بود. در گروه دو قطبی یک، ۴۰٪ (۸ بیمار)، در گروه اسکیزوفرنیا ۶۵٪ (۱۳ بیمار) و در گروه اسکیزوافکتیو ۲۵٪ (۵ بیمار) گزارش شد. در گروه بیماران دو قطبی یک حداکثر دفعات بستری ۵ نوبت، در گروه اسکیزوفرنیا ۹ نوبت و در گروه اسکیزوافکتیو ۱۳ نوبت گزارش شده است.

تمام بیماران بستری در بیمارستان ذکر می کردند که درباره اصوات با پزشکان مراکز درمانی تحت بستری صحبت نموده اند.

جدول ۲۲- انواع درمان در بیماران با توهومات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

انواع درمان بیماران	دارو	دارو به همراه ECT	بدون اقدام خاص یا اولین نوبت بستری
دوقطبی یک	۴۵٪ (۹)	۴۰٪ (۸)	۱۵٪ (۳)
اسکیزوفرنیا	۶۵٪ (۱۳)	۳۵٪ (۷)	—
اسکیزوافکتیو	۲۰٪ (۴)	۷۰٪ (۱۴)	۱۰٪ (۲)
کل بیماران	۴۳/۳٪ (۲۶)	۴۸/۳٪ (۲۹)	۸/۳٪ (۵)

در مورد انواع درمان با ۰/۰۳۳  $P_{value}$  بین سه گروه تفاوت آماری وجود داشته است.

در بین کل بیماران تنها ۳ بیمار دوقطبی یک اظهار کرده اند که قبلاً برایشان روان درمانی انجام شده است.



جدول ۲۳- درمان های جایگزین در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

درمان جایگزین بیماران	گیاهان دارویی	مراجعه به دعا نویس	دعانویس و گیاه دارویی	عدم استفاده از هیچ درمانی
دوقطبی یک	(۲) ۱۰٪	(۸) ۴۰٪	–	(۱۰) ۵۰٪
اسکیزوفرنیا	(۱) ۵٪	(۱۱) ۵۵٪	–	(۸) ۴۰٪
اسکیزوافکتیو	–	(۱۱) ۵۵٪	(۱) ۵٪	(۸) ۴۰٪
کل بیماران	(۳) ۵٪	(۳۰) ۵۰٪	(۱) ۱/۷٪	(۲۶) ۴۳/۳٪

جدول ۲۴- علت درمان از نظر بیمار در بیماران با توهّمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن در سال ۱۳۹۳

علت درمان بیماران	اصوات	علت دیگری غیر از اصوات
دوقطبی یک	(۹) ۵۰٪	(۹) ۵۰٪
اسکیزوفرنیا	(۱۴) ۷۰٪	(۶) ۳۰٪
اسکیزوافکتیو	(۱۱) ۶۱/۱۱٪	(۷) ۳۸/۹٪
کل بیماران	(۳۴) ۶۰/۷٪	(۲۲) ۳۹/۳٪

جدول ۲۵- شبکه اجتماعی در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان ۲۲ بهمن درسال ۱۳۹۳

نسبت بیماران	پدر	مادر	همسر	فرزند	خواهر	تمام اعضای خانواده
دوقطبی یک	(۱) ۵٪	(۲) ۱۰٪	(۱) ۵٪	-	(۲) ۱۰٪	(۱۴) ۷۰٪
اسکیزوفرنیا	-	(۱) ۵٪	-	(۱) ۵٪	-	(۱۸) ۹۰٪
اسکیزوافکتیو	-	-	-	(۱) ۵٪	-	(۱۹) ۹۵٪
کل بیماران	(۱) ۱/۷٪	(۳) ۵٪	(۱) ۱/۷٪	(۲) ۳/۳٪	(۲) ۳/۳٪	(۵۱) ۸۵٪

جدول ۲۶- آگاهی و صحبت درباره اصوات با افراد شبکه اجتماعی در بیماران با توهمات شنوایی بستری در بیمارستان

۲۲ بهمن درسال ۱۳۹۳

بیماران ویژگی	دوقطبی یک		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		کل بیماران	
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
آگاهی افراد شبکه اجتماعی بیمار درباره اصوات	(۱۵) ٪۷۵	(۵) ٪۲۵	(۱۵) ٪۷۵	(۵) ٪۲۵	(۱۸) ٪۹۰	(۲) ٪۱۰	(۴۸) ٪۸۰	(۱۲) ٪۲۰
صحبت بیمار با افراد شبکه اجتماعی خود درباره اصوات	(۸) ٪۴۰	(۱۲) ٪۶۰	(۶) ٪۳۰	(۱۴) ٪۷۰	(۱۰) ٪۵۰	(۱۰) ٪۵۰	(۲۴) ٪۴۰	(۳۶) ٪۶۰

## فصل پنجم:

### بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری :

توهمات شنوایی یک تجربه حسی هستند که در غیاب محرک خارجی در یک وضعیت با هوشیاری کامل اتفاق می افتند. توهمات انچنان مشابه یک ادراک واقعی به وقوع می پیوندند که افراد آن را خارج از کنترل خویش تلقی می کنند.

با این که تاکنون مکانیسم و آسیب شناختی فیزیولوژیک توهمات شنوایی صحبت کننده مورد بحث قرار گرفته است، اما باز به طور وسیعی ناشناخته مانده است.

توهمات شنوایی صحبت کننده، در بیماری های سایکوتیک مانند اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو بیشترین شیوع را دارند. اما در سایر اختلالات مانند اختلال دوقطبی یک نیز به وقوع می پیوندند. (۱۷)

علائم سایکوتیک در هر دو دوره مانیا و افسردگی بیماری دو قطبی یک شایع هستند. بیشتر از نصف بیماران دو قطبی یک این علائم را طی دوره ای از زندگی تجربه می کنند. (۱۸)

در مطالعه ای که توسط Kennedy و همکاران بر روی تفاوت های قومیتی در بروز تظاهرات بالینی اختلال دوقطبی بر روی دو گروه بیماران افریقایی - کارائیبی و آفریقایی با اروپایی های سفیدپوست انجام شد، نشان داده شد که تفاوت های قومیتی در تظاهرات بالینی بیماری دوقطبی ممکن است برای درمان یا ارزیابی بیماران مفید باشد. (۱۹)

در مطالعه ما که به بررسی توهمات شنوایی در سه گروه ۲۰ نفری از بیماران دوقطبی یک، اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو در شهر قزوین پرداخته است، شایعترین زمان شروع اصوات در تمام سه گروه بیماران بین ۱۹-۲۹ سال بوده است که تفاوتی بین بیماران با سه تشخیص متفاوت نداشته است.

در مطالعه پایان نامه "بررسی ویژگیهای توهمات شنوایی" در مازندران (مهناز مجیدی و دکتر ضرغامی) بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در سال ۸۶ که بر روی همین پرسشنامه انجام شده بود، سن شروع اصوات در اکثر موارد بین ۱۹-۲۹ سال بوده است. (۱۱)

در مطالعه ای که توسط اسمیت و همکاران در ۲۰۱۳ بر روی دو گروه بیماران با تشخیص بالینی و شنونده اصوات و افراد سالم شنونده اصوات که جهت مقایسه این دو نوع توهمات شنوایی انجام شده است، متوسط سن شروع اصوات

در گروه بیماران ۲۱ سال بوده است (۱۷) که این مطالعه در هماهنگی با مطالعه انجام شده در بیمارستان ۲۲ بهمن می باشد.

در مطالعه انجام شده در بیمارستان روانپزشکی ۲۲ بهمن، تعداد مردان شرکت کننده ۴۵ نفر و تعداد زن ها ۱۵ نفر بوده است. بیشتر بودن تعداد مردها در مطالعه ما احتمالاً مربوط به بیشتر بودن تعداد تخت های مردان در این بیمارستان بوده است.

در مطالعه ما، اکثریت بیماران با هر سه گروه تشخیصی شنیدن اصوات را به صورت همیشگی ذکر کرده اند که این مطابق با تحقیق انجام شده توسط اسمیت می باشد که در آن هم بیماران تناوبی از شنیدن اصوات هر ساعت را ذکر می کردند.

در تحقیق انجام شده بر روی قومیت مازندرانی نیز ۷۵٪ بیماران با تشخیص اسکیزوفرنیا شنیدن اصوات را همیشگی ذکر کرده بودند. (۱۱) این مطلب با مطالعه ای که توسط wahass و همکاران بر روی بیماری اسکیزوفرنیا نیز انجام شده بود، هماهنگ است و بیماران اصوات را بیشتر از یک بار در روز می شنیدند. (۲۰)

بیماران مورد مطالعه ما در گروه دوقطبی یک و اسکیزوافکتیو، اکثراً اصواتی از جنس مذکر و در گروه اسکیزوفرنیا از هر دو جنس می شنیدند، که این مورد در مورد بیماران اسکیزوفرنیا بر خلاف قومیت مازندرانی است که اکثراً اصواتی از جنس مذکر می شنیدند.

در مطالعه تحقیقاتی دانشگاه شفیلد انگلستان به سرپرستی دکتر هانتر ۷۱٪ زنان و مردان صدایی را که در توهمات خود می شنیدند، صدای جنس مذکر بوده است. (۱۱)

تظاهر علایم در بیماران دوقطبی جوان و بالغ ممکن است بین گروه های قومیتی مختلف، متفاوت باشد. (۲۱)

افراد با زمینه های اسلامی که از توهمات رنج می برند اغلب آن را به جن (موجودات نامرئی) نسبت می دهند.

درمان این توهمات به وسیله اکراه بیماران برای بحث درباره آن ها و همینطور شک آن ها درباره تاثیر درمان های دارویی بر روی آن پیچیده می شود، زیرا این بیماران ماهیت آن ها را به شکل متافیزیک می بینند. (۲۲)

در مطالعه انجام شده در شهر قزوین ۶۰ بیمار مورد بررسی مذهب اسلام داشتند. ۴۵٪ بیماران دوقطبی یک، ۵۵٪ بیماران اسکیزوفرنی و ۶۰٪ بیماران اسکیزوافکتیو منشا اصوات را یک موجود ماورالطبیعه گزارش نمودند، که در بیماران دوقطبی یک ۸۰٪ آن ها، اصوات را یک راهنمای خوب گزارش کردند.

این رقم در بیماران اسکیزوفرنی ۲۰٪ و در بیماران اسکیزوافکتیو ۵۰٪ بود.

۱۰٪ بیماران دوقطبی یک، اصوات را متعلق به یک روح خبیث یا شیطان گزارش نمودند. که این رقم در بیماران اسکیزوفرنی ۴۰٪ و در بیماران اسکیزوافکتیو ۱۵٪ بود.

موضوع صحبت اصوات در هر سه گروه بیماران مورد مطالعه در اکثریت بیماران خود بیمار بوده است.

توهمات و هذیان ها تظاهرات شایع دوره های مانیا هستند. بین ۷ - ۴۸٪ بیماران توهمات شنوایی را تجربه می کنند و ۳۴-۹٪ آن ها علایم درجه اول شنایدری را تجربه می کنند. توهمات در این بیماران اغلب مشابه چیزی هستند که در سایکوزهای عضوی اتفاق می افتد تا مشابه اسکیزوفرنیا. آن ها تمایل دارند مختصر و تمایل دارند مرتبط با مسائل مذهبی باشند. (۱۸)

در بیماران مطالعه ما ۳۰٪ بیماران دوقطبی، موضوع صحبت اصوات را مسائل مذهبی عنوان کردند.

در مطالعه ما، ۴۰٪ بیماران دوقطبی یک، ذکر کرده بودند که اصوات مزاحم فعالیت های روزمره آن ها می شوند که این میزان در گروه اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو به ترتیب ۷۰٪ و ۵۰٪ عنوان شده بود، که این مقدار کمتر از سایر مطالعات بود.

در مطالعه انجام شده توسط Romme & Escher، ۱۰۰٪ بیماران شنونده اصوات اختلال در انجام کارهای روزانه زندگی را ذکر کرده بودند (۲۳) که این میزان در مطالعه انجام شده توسط Envansen و همکاران ۲۰۱۱ نیز مقدار شدید دسترس و اختلال در فرد را نشان داد. (۲۴)

در مطالعه انجام شده بر روی بیماران اسکیزوفرنیا در قومیت مازندرانی نیز این رقم کمتر و حدود ۶۰٪ گزارش شده بود. (۱۱)

در گروه بیماران دوقطبی یک ۸۵٪ از بیماران، در گروه اسکیزوافکتیو ۶۵٪ از بیماران اصوات دوستانه می شنیدند که این مقدار در گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۳۰٪ بود. ۱۵٪ از بیماران دوقطبی یک، ۷۵٪ از اسکیزوفرنیا و ۴۵٪ از اسکیزوافکتیو ذکر می کردند که اصوات خصمانه می شنوند که تفاوت معنی داری بین سه گروه وجود داشت.

یک دامنه از احساسات مثبت و منفی با توهم شنوایی وجود دارد و مطالعات کنونی هیجانات را دروناً مرتبط با محتوا، ثبات و باورهای مرتبط با توهمات شنوایی می دانند. نتایج و عواقب عاطفی توهمات شنوایی در بیماران روانپزشکی اغلب تمایل به منفی بودن (اگرچه نه همیشه) دارد و احساسات گزارش شده توسط بیماران دارای توهم شنوایی شامل اضطراب و افسردگی بوده است. به علاوه، پاسخ های هیجانی به اصوات عمدتاً مربوط به باورها و ارزیابی اصوات بیشتر از تجربه آن هایی به تنهایی می باشد.

به عنوان مثال عقایدی که اصوات بدخواه هستند تمایل دارد که با هیجانات منفی مرتبط باشد (مثل ترس و افسردگی) در حالی که صداها ی خیرخواهانه تمایل به همراهی با هیجانات مثبت (اشتیاق و احترام) دارد. (۲۵)

که این مطالعات شاید بتواند توجیه کننده این مطلب باشد که اکثریت غالب بیماران دوقطبی یک در فاز مانیا در مطالعه ما اصوات دوستانه با محتوای خیرخواهانه می شنیدند و این در حالی است که اکثریت غالب بیماران اسکیزوفرنیا محتوای اصوات را خصمانه گزارش کردند.

استفاده از تکنیک هایی برای مقابله با توهمات شنوایی در تخفیف دیسترس تجربیات غیرعادی موثر بوده است و به طور وسیع مطالعه شده و یک منبع مهم برای درمان های سایکوسوشیال (روانی-اجتماعی) توهمات شنوایی بوده است. (۲۶)

مطالعه انجام شده توسط Singh و همکاران نشان داده شد که شدت علایم در دسترس ناشی از توهمات شنوایی با استفاده فعالانه از روش های مقابله ای همراه است. (۲۷)

O sullivan همچنین دریافت که تجربیات توهمی ناخوشایند استفاده از این تکنیک های مقابله ای را بر می انگیزد. (۲۸)

در بیماران دوقطبی یک مورد مطالعه ما فقط ۱۰٪ بیماران کاربرد راه های مقابله ای را موثر می دانسته اند و ۳۵٪ آن ها را بی اثر می دانستند و ۵۵٪ نیز تمایلی به دور کردن اصوات نداشتند. در مورد بیماران اسکیزوفرنی ۶۵٪ بیماران اثر

راهبرد مقابله ای را بی اثر و تنها ۱۰٪ موثر و ۱۰٪ کمی موثر می دانسته اند. و در بیماران اسکیزوافکتیو به نسبت برابر موثر، بی اثر، کمی موثر و بدون استفاده از هیچ راهبردی ذکر نمودند. در فرهنگ بیماران اسکیزوفرنیای مازندرانی در سال ۸۶، ۲۵٪ بیماران چنین راهبردهایی را موثر می دانسته اند و ۳۶/۷٪ آن ها را بی اثر و در ۳۸/۳٪ اصلاً از چنین راه هایی استفاده نکرده بودند. (۱۱)

در بیماران مطالعه ما ۵۵٪ بیماران دوقطبی یک از هیچ راه مقابله ای با اصوات در هیچ دوره از زندگی استفاده نمی کردند که این رقم در بیماران اسکیزوفرنیا ۱۵٪ و در بیماران اسکیزوافکتیو ۲۵٪ بود. که شاید علت آن مانند مطالعات قبلی مطرح شده عدم ایجاد دیسترس توسط محتوای اصوات در بیماران دوقطبی یک بوده است.

این رقم در مورد عدم استفاده منظم از راه مقابله ای خاص توسط بیمار به ۹۰٪ در بیماران دوقطبی یک می رسد و از این نظر، متمایز از ۲ گروه دیگر بود.

بیشترین مقدار مورد استفاده در بیماران دوقطبی یک برای دورسازی اصوات در مطالعه ما، شروع به انجام کاری کردن بود، ( ۶۵٪ ) که در مورد بیماران اسکیزوفرنیا بیشترین روش های مورد استفاده مقابله ای دور کردن اصوات ( ۷۵٪ )، به چیز دیگری فکر کردن ( ۷۵٪ ) و شروع به انجام کاری کردن ( ۸۵٪ ) بود. بیماران اسکیزوافکتیو نیز از روش های دور کردن اصوات ( ۷۵٪ ) و به فکر کردن به چیز دیگری ( ۷۵٪ ) بیشتر از سایر روش ها استفاده می کردند.

در مطالعه انجام شده توسط Hayashi و همکاران بر روی روش های مقابله ای توهمات شنوایی در بیماران اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو، بیشترین استفاده از روش نادیده گرفتن اصوات ( ۵۲٪ ) بود و سپس درجات بعدی گوش دادن به موسیقی، حرکات بدنی و خوابیدن قرار داشتند. (۲۶)

در بیماران مطالعه ما، روش نادیده گرفتن اصوات در ۵۰٪ بیماران دوقطبی یک، ۶۰٪ بیماران اسکیزوفرنیا و ۵۵٪ بیماران اسکیزوافکتیو در دوره از بیماری شان به کار گرفته شده بود که تقریباً قابل مقایسه با مطالعه Hayashi می باشد و در مطالعه ما سه روش بعدی مهم مکانیسم های مقابله ای در پرسشنامه وجود نداشت و از بیماران سوال نشده بود.

یکی از بیشترین تحقیقات انجام شده در راه ایجاد توهمات شنوایی، تاثیر تجربیات ترومانیک زندگی به عنوان شروع کننده این اصوات می باشد. Romme & Escher دریافتند که ۷۰٪ شنوندگان اصوات، شروع اولین بار اصوات را به



دنبال یک واقعه هیجانی مشخص یا ترومانیک بیان کردند. که این ترومای مورد توجه در منابع شامل تروماهای شدید مثل سو رفتار، غفلت، از دست دادن یک والد یا، بیشتر شایع تجربه تروماهای کودکی مثل قلدری و جدایی والدین بوده است. (۱۷)

در بیماران ما لیستی از یک سری از وقایع استرس آور از بیمار پرسیده شد مانند: مرگ عضو نزدیک خانواده یا دوست صمیمی، بیماری شدید فرد مورد علاقه، درگیری عشقی و ...

فقط ۳۰٪ بیماران دوقطبی یک، ۲۵٪ بیماران اسکیزوفرنی و ۳۰٪ بیماران اسکیزوافکتیو یکی از این وقایع جدول را در شروع اصوات موثر دانستند.

به طور مشخصی شنونده اصوات در گروه بیماران بالینی، بیشتر محتمل است سابقه سورتار جنسی در کودکی نسبت به گروه غیربیماران داشته باشند. در تحقیقات رابطه دوز - پاسخ، با شدت بیشتر تروما با یک افزایش ریسک ایجاد اصوات مرتبط دانسته شده است. (۱۷)

به عنوان مثال، Whitefield و همکاران در سال ۲۰۰۵ یک افزایش ۵ برابری ریسک ایجاد توهمات شنوایی در بزرگسالی که بیشتر از ۷ بار تجربه ناخوشایند کودکی را داشته اند، گزارش کرد که این رقم در مقایسه با کسانی است که هیچگاه چنین تجربه ای نداشتند. (۲۹)

همچنین shevlin و همکاران در سال ۲۰۱۱ گزارش کردند، که آن دسته از افرادی که ۳ نوع متفاوت از تروما (جنسی، فیزیکی و تجاوز) را تجربه کرده اند، ۱۱ بار بیشتر محتمل است تا در آن ها توهمات شنوایی در مقایسه با افراد بدون چنین سابقه ای ایجاد شود. (۳۰)

در مقاله مروری انجام شده توسط اسمیت ۷۵٪ بیماران با توهم شنوایی در گروه بالینی تجربیات آزارنده کودکی داشتند که این رقم به وضوح بیشتر در مطالعه انجام شده در هر سه گروه بیماران در شهر قزوین بود که در آن ۵۰٪ بیماران دوقطبی یک، ۴۵٪ بیماران اسکیزوفرنی و ۳۰٪ بیماران اسکیزوافکتیو سابقه بدرفتاری را در دوره ای از کودکی گزارش نمودند. اما اکثریت غالب بیماران، کودکی خود را رویهم رفته خوشایند بیان کردند.

تنها یک بیمار اسکیزوفرنی و یک بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو سورتار جنسی را در کودکی خود گزارش کردند که این رقم نسبت به سایر مطالعات اندک بوده است. ( مطالعه Hong و همکاران ، این رقم ۳۳٪ (۱۷) و در مطالعه Often و همکاران در سال ۲۰۰۳ ، ۳۸٪ گزارش شده بود). (۳۱)

این میزان وضوح تفاوت میان مطالعه انجام شده در شهر قزوین، ممکن است به علت حجم نمونه کمتر یا مسایل فرهنگی بیماران جهت مخفی کردن اطلاعات ناخوشایند دوران کودکی بوده باشد.

در ۱۵٪ بیماران دوقطبی یک، ۲۰٪ بیماران اسکیزوفرنی و ۳۰٪ بیماران اسکیزوافکتیو، اصوات را نشانه بیماری می دانستند و این در حالی است که این رقم در قومیت مازندرانی ۵۸٪ (۱۱) و در مطالعه Romme & Escher ۵۶٪ بوده است. (۲۳)

پژوهش حاضر از نظر حجم سوالات پرسیده شده از بیماران در نوع خود کم نظیر است. پرسشنامه زمان بر است و به دلیل تشریحی بودن گزینه ها برای بیماران خسته کننده بود، که برای رفع این مشکل مجبور به دادن وقفه جهت استراحت بیمار شده ایم. بیماران از فرهنگ قزوینی انتخاب شده اند و نمی توان آن را به کل فرهنگ ایرانی تعمیم داد. تعداد بیماران مورد مطالعه با توجه به محدودیت زمانی مطالعه اندک است و شاید بهتر است تحقیق با تعداد بیشتر بیماران در هر سه گروه تشخیصی از فرهنگ های مختلف در مراکز متعدد بالینی انجام شود تا بتوان نتایج را، نمونه فرهنگ ایرانی دانست.

## فصل ششم:

### منابع

## References:

1. Kenneth Hugdahl. "Hearing voices": Auditory hallucinations as failure of top-down .control of bottom-up perceptual processes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2009, 50, 553–560
2. Fontaine P. Psychosis and the borders of madness. *Rech Soins Infirm*. 2014 Jun;(117):8-20.
3. Holder SD, Wayhs A Schizophrenia. *Am Fam Physician*. 2014 Dec 1; 90(11):775-82.
4. Akiskal HS; Bourgeois ML; Angst J; Post R; Möller H; Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2000; 59 Suppl 1:S5S30 (ISSN: 0165-0327)
5. Vin Ryu, Dong-Ho Song, Rayeon Ha, Kyooseb Ha, Hyun-Sang Cho. Prodromes and coping types in bipolar patients with nonpsychotic or psychotic mania. *Comprehensive Psychiatry* Volume 53, Issue 6, August 2012, Pages 732–739
6. Ronald C. Kessler, Ph.D., Hagop S. Akiskal, M.D., Jules Angst, M.D., Margaret Guyer, PhD, Robert M.A. Hirschfeld, M.D., Kathleen R. Merikangas, Ph.D., and Paul E. Stang, Ph.D. Validity of the Assessment of Bipolar Spectrum Disorders in the WHO CIDI 3.0. *J Affect Disord*. 2006 December ; 96(3): 259–269.
7. Eduardo Dunayevich MD, Paul E. Keck Jr MD. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Current Psychiatry Reports* 2000, Volume 2, Issue 4, pp 286-290
8. Daniel J Abrams, Donald C Rojas, and David B Arciniegas. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008 Dec; 4(6): 1089–1109.
9. Santosh Kumar, Subhash Soren, and Suprakash Chaudhury. Hallucinations: Etiology and clinical implications. *Ind Psychiatry J*. 2009 Jul-Dec; 18(2): 119–126.
10. Sims A Symptoms in the mind. 2nd ed. London. WB Saunders 1995.
۱۱. پایان نامه، مهناز مجیدی، عبدالحکیم تیرگری و مهران ضرغامی. بررسی توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا. سال ۱۳۸۶. شماره ثبت ۹۶۱
12. Shergill, S. S., Murray, R. M. & McGuire, P. K. (1998). Auditory hallucinations: A review of psychological treatments. *Schizophrenia Research*, 32(3), 137–150.
13. Jones, S. R. (2008). Do we need multiple models of auditory verbal hallucinations? Examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models. *Schizophrenia Bulletin*
14. Tuukka T. Raij, Minna Valkonen-Korhonen, Matti Holi, Sebastian Therman, Johannes Lehtonen, and Riitta Hari. Reality of auditory verbal hallucinations. *Brain*. 2009 November; 132(11): 2994–3001.
15. Lim A, Hoek HW, Blom JD. The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcult Psychiatry*. 2015 Feb;52(1):18-32. doi: 10.1177/1363461514543146. Epub 2014 Jul 30.
16. Baethge Ch. Baldessarini RJ, Freudenthal K et al. Hallucinations in Bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Psychiatric Matters*. 2005. 20-30

17. Saskia de Leede-Smith and Emma Barkus. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front. Hum. Neurosci.* 16 July 2013 | doi: 10.3389/fnhum.2013.00367
18. Eduardo Dunayevich, Paul E. Keck Jr. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Current Psychiatry Reports* 2000, Volume 2, Issue 4, pp 286-290
19. Kennedy N, Boydell J, van Os J, Murray RM. Ethnic differences in first clinical presentation of bipolar disorder: results from an epidemiological study. *J Affect Disord.* 2004 Dec; 83(2-3):161-8.
20. Kent G, Wahass S. The content and characteristics of auditory hallucinations in Saudi Arabia and the UK: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 94(6): 433-7.
21. Patel NC<sup>1</sup>, Delbello MP, Strakowski SM. Ethnic differences in symptom presentation of youths with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2006 Feb;8(1):95-9.
22. Blom JD<sup>1</sup>, Eker H, Basalan H, Aouaj Y, Hoek HW. Hallucinations attributed to djinns. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010;154:A973.
23. Romme M, Escher S. Making sense of voices .1<sup>st</sup> ed. London. Mind publications Granta House. 2000
24. Evensen, J., Rossberg, J.I., Haahr, U., ten Velden Hegelstad, W., Joa, I., Johannessen, J.O. (2011). Contrasting mono symptomatic patients with hallucinations and delusions in first-episode psychosis patients : a five-year longitudinal follow-up study. *Psychopathology* 44, 90–97. doi:10.1159/000319789
25. Waters F, Allen P, Aleman A, Fernyhough C, Woodward TS, Badcock JC, Barkus E, Johns L, Varese F, Menon M, Vercammen A, Larøi F. Auditory hallucinations in schizophrenia and non schizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophr Bull.* 2012 Jun; 38(4):683-93. doi: 10.1093/schbul/sbs045. Epub 2012 Mar 23.
26. NAOKI HAYASHI, YOSHITO IGARASHI, KIYOKO SUDA AND SEISHU NAKAGAWA. Auditory hallucination coping techniques and their relationship to psychotic symptomatology. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (2007), 61, 640–645
17. Singh G, Sharan P, Kulhara P. Role of coping strategies and attitudes in mediating distress due to hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2003; 57: 517–522.
18. O'Sullivan K. Dimensions of coping with auditory hallucinations. *J. Ment. Health* 1994; 3: 351–361.
27. Singh G, Sharan P, Kulhara P. Role of coping strategies and attitudes in mediating distress due to hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2003; 57: 517–522.
28. O'Sullivan K. Dimensions of coping with auditory hallucinations. *J. Ment. Health* 1994; 3: 351–361.
29. Whitfield, C.L., Dube, S.R., Felitti, V.J., and Anda, R.F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl.* 29, 797–810. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.01.004
30. Shevlin, M., Murphy, J., Read, J., Mallett, J., Adamson, G., and Houston, J.E. (2011). Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 46, 1203–1210. doi:10.1007/s00127-010-0296-x
31. Offen, L., Waller, G., and Thomas, G. (2003). Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations? *Child Abuse Negl.* 27, 919–927. doi:10.1016/S0145-2134(03)00139-X

پیوست:

پرسشنامه

## مصاحبه با فردی که صدایی می شنود

نام شنونده صدا: .....

آدرس: .....

شماره تلفن: .....

### «اطلاعات پیش زمینه ای»

تاریخ تولد؛ سن: .....

جنس: زن / مرد

وضعیت تاهل: .....

تعداد فرزندان: .....

وضعیت خانه: .....

وضعیت شغل: .....

ملیت ،منشاء قومی، نژادی: .....

### «اطلاعات در مورد مصاحبه»

نام مصاحبه کننده: .....

تاریخ روز مصاحبه: .....

تاریخ پیگیری: .....

شماره پرونده: .....

## ۱- ماهیت تجربه

این پرسشنامه برای افرادی که صدایی می‌شنوند، طراحی شده است. با این پرسشنامه می‌خواهیم به شما کمک کنیم تا بینش بهتری نسبت به این صداها پیدا کنید. علاوه بر این با کمک این پرسشنامه خواهیم توانست در مورد این تجربه شما و راه‌هایی که با آن کنار می‌آیید، با هم گفتگو کنیم و بهترین روش مقابله با آن را پیدا کنیم.

۱-۱- لطفا درباره تجربه خود در شنیدن صداها صحبت کنید. چه صدایی می‌شنوید؟ آیا گفتاری هم می‌شنوید؟ آیا چیزی هم می‌بینید؟

۱-۲- آیا صدا یا گفتارهایی که شما می‌شنوید، توسط افراد دیگر هم شنیده می‌شود؟ می‌توانید علت آن را توضیح دهید؟

۱-۳- صداها را از کجا می‌شنوید؟ سر شما، گوش شما (چپ، راست، هر دو) یا جای دیگری از بدن شما؟

۱-۴- در مورد صداهایی که می‌شنوید، آیا این صداها از طرف خودتان است یا از طرف افراد دیگر؟ (ما می‌خواهیم بفهمیم که شما به چه صورت آنها را درک می‌کنید.) آیا این صداها از خود شما نتیجه می‌شوند؟ (مربوط به خودتان) و یا از افراد دیگر یا چیزهایی خارج از خودتان خارج از خودتان می‌آیند. (مربوط به غیر خودتان) می‌توانید علت آن را توضیح دهید؟

۱-۵- آیا می‌توانید با این صداها گفتگو کنید یا از راه دیگری با آنها در تماس باشید؟ می‌توانید مثالی بزنید؟

نتایجی که توسط مصاحبه‌گر بدست می‌آید:



آیا صداهایی شنیده شده، ویژگی‌های یک توهم شنیداری را دارند؟ (طبق تعریف علم روانپزشکی)	
۱- پاسخگو می‌تواند صداهایی را بشنود که دیگران قادر به شنیدن آنها نیستند.	بله / خیر
۲- پاسخگو صدایی را با گوش‌هایش می‌شنود؟	بله / خیر
۳- پاسخگو صداهایی را در سرش می‌شنود؟	بله / خیر
۴- پاسخگو می‌تواند با صداها گفتگو کند یا به طریق دیگری با آنها ارتباط برقرار کند؟	بله / خیر
۵- صداها مربوط به خود فرد هستند (۱) یا مربوط به غیر فرد؟ (۲)	۲ / ۱

## ۲- ویژگی‌های صداها

۲-۱- آیا شما یک صدا می‌شنوید یا بیش از یک صدا؟ آیا همیشه همین‌طور بوده است؟ آیا همیشه تعداد صداها تغییر می‌کند؟ آیا همیشه همین صداها را می‌شنوید؟

۲-۲- آیا می‌توانید بیان کنید که صداها متعلق به چه کسی یا چه کسانی است؟ یا نام آنها را می‌دانید؟ آنها به شما چه می‌گویند؟ با چه زبان، لهجه و یا لحنی با شما حرف می‌زنند و هرچند وقت یکبار این صداها را می‌شنوید؟

شماره	نام	سن	جنس	محتوا / لحن	تناوب
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

۳-۲- آیا سبک لهجه یا لحن صداها یا یکی از صداها، شما را یاد کسی می‌اندازد که می‌شناختید یا می‌شناسید؟ اگر بله، چه کسی؟

### ۳- تاریخچه شخصی در مورد صداها شنیده شده

۳-۱- اجازه دهید به زمانی که شما اولین بار صداها را شنیدید، برگردیم. شما اولین بار در چه سنی صداها را شنیدید؟ آیا به یاد می‌آورید که هر کدام از صداها را در چه سنی شنیدید؟ (مربوط به سوال ۲-۲). در طی کدام دوره‌ها در زندگی خود، این صداها را بیشتر می‌شنیدید؟

۳-۲- آیا می‌توانید شرایطی را که برای اولین بار هر صدایی را شنیدید، توصیف کنید؟

۳-۳- ما فرصتی از انواع شرایط و موقعیت‌هایی که افراد ممکن است، در زندگی خود تجربه کنند، فراهم کرده‌ایم، کدامیک از این وقایع در زندگی شما اتفاق افتاده است؟ در چه سنی شما آنها را تجربه کرده‌اید؟

شرایط	بله / خیر	سن / جنس
تغییرات فشارآور		
زندگی مستقل برای اولین بار		
تغییر مکان دادن برای یک اقامتگاه جدید / مدرسه / شهر / روستا		
شروع تحصیلات / یک دوره آموزشی		
مردودی در امتحان		
بیکار شدن / اخراج شدن / فقدان کسب و کار		
تغییراتی در استخدام / سمت / شغل		
بازنشستگی / از کار افتادگی		
ترک خانه توسط فرزندان		
بدهکاری مالی / مشکلات مالی		
بیماری و مرگ		
بیماری یا محرومیت جسمی شدید		
پذیرش در یک بیمارستان عمومی / گرفتن بیهوشی		
مرگ یک عضو نزدیک خانواده یا یک دوست صمیمی		
مرگ حیوان دست آموز محبوب فرد		
بیماری شدید فرد مورد علاقه		
پذیرش در بیمارستان روانی		
رویارویی با خودکشی یا تلاش برای خودکشی		
عشق و جنسیت		

	طلاق / گسیختن یک رابطه خصوصی
	اشکال در قاعدگی / حاملگی ناخواسته
	درگیری عشقی و شکست در آن
	تنش شدید در خانه یا در روابط با دیگران
	مواجهه با انواعی از روابط جنسی که مورد پذیرش اجتماع نیست مثل هم جنس‌بازی
	تغییرات غیرمنتظره در روابط مثل بی‌وفایی یا خیانت از طرف شما یا شریک جنسی شما
<b>مذهب، معنویت، تجربیات باطنی عرفانی یا ماوراء طبیعی</b>	
	شرکت در جلسات روحانی و یا آیین‌های پرستش اهریمنی، وقایع معنوی
	مشکل یا جامعه مذهبی / مسلک

۳-۴- آیا یک یا تعداد بیشتری از این موارد با واقعیت شروع شنیدن صداها توسط شما یا تغییر در ماهیت آن در ارتباط بوده‌اند؟ اگر اینطور بوده، آیا می‌توانید چگونگی آن را توصیف کنید؟

#### ۴- چه چیزی موجب شروع یا راه‌اندازی صداها می‌شود؟

۴-۱- آیا متوجه شده‌اید که این صداها در زمان فعالیت‌های خاصی شنیده می‌شوند و یا آنکه از شرایط خاصی ناشی می‌شوند؟ آیا می‌توانید در این مورد توضیح دهید؟ (برای مثال هنگام مشاهده تلویزیون / آشپزی / تنها بودن در اتاق خود و غیره)

۴-۲- هنگام مواجهه با این گونه موقعیت‌های برانگیزاننده صداها، چه احساسی دارید؟

۳-۴- آیا زمان‌های خاصی وجود دارند که در آن زمان‌ها صداها بیایند یا نیایند؟ (روز، شب، آخر هفته، ساعت‌های خاص) آیا شما نظری در مورد علت آن دارید؟

۴-۴- آیا شما متوجه شده‌اید که صداها از اشیاء خاصی بعنوان مثال از تلویزیون بیایند؟ از کدام شی؟

۵-۴- آیا متوجه حضور صداها در زمانی که هیجان خاصی را تجربه می‌کنید شده اید؟ بررسی کنید، آیا صداها در زمانی که شما هیجاناتی مانند زیر را تجربه می‌کنید شنیده می‌شوند؟

ناامنی	حسادت و غیرتی شدن
ترس	سوگواری
شک و تردید	خستگی
عشق	اندوه / افسردگی
عصبانیت یا پرخاشگری	شادمانی
احساسات جنسی خودتان	تنهایی
احساسات جنسی دیگران	

آیا می‌توانید چگونگی واکنش صداها را توضیح دهید؟ (برای مثال آنها مقابله‌کننده - کمک‌کننده یا ترساننده و زیانبارند؟)

آیا آنها تاثیری بر هیجانی که شما احساس می‌کنید، دارند؟ برای مثال، شما را بیشتر یا کمتر افسرده یا شاد می‌کند؟

## ۵- صداها چه می‌گویند؟

۵-۱- آیا شما صداهای مثبت (دوستانه) می‌شنوید؟ آنها چه می‌گویند؟ لطفاً یک مثال از عبارات دقیقی که آنها می‌گویند، بزنید.

۵-۲- آیا شما صداهای منفی (خصمانه) می‌شنوید؟ آنها چه می‌گویند؟ لطفاً یک مثال از عبارات دقیقی که آنها می‌گویند، بزنید.

۵-۳- آیا صداها درباره موضوعات یا اشخاص خاصی صحبت می‌کنند؟ آیا می‌توانید آن را شرح دهید؟ صداها چه می‌گویند؟ آیا به این موضوعات اهمیتی می‌دهید؟

## ۶- شما چگونه منشاء این صداها را توضیح می‌دهید؟

۶-۱- به عنوان یک شنونده صدا، احتمالاً می‌خواهید توضیحی برای اینکه چرا شما صداها را می‌شنوید، پیدا کنید.

شما ممکن است تا به حال تفسیری از معنی صداها بدست آورده باشید، همانطور که متخصصین و ما انجام داده‌ایم. هر چند نظر ما لزوماً با شما یکی نیست. چرا که ما یاد گرفته‌ایم، در چارچوب متفاوتی (که معمولاً یک دیدگاه طبی یا زیست‌شناختی است) به تفسیر این صداها پردازیم. در اینجا ما به نکاتی که شما فکر می‌کنید صداها از آنها ناشی میشوند و چگونگی شناسایی آنها توسط شما می‌پردازیم.

صداهایی که از یک فرد زنده هستند.	۱- فردی که قسمتی از زندگی روزمره شماست..	بله / خیر
	۲- والدین شما یا عضو دیگری از خانواده شما.	بله / خیر
	۳- فردی که برایتان ناشناخته است.	بله / خیر
صداهای از فردی است که فوت کرده است.	۴- فردی که برای شما به خوبی شناخته شده است.	بله / خیر
	۵- فردی که برای شما ناشناخته است.	بله / خیر
	۶- نشانه های یک بیماری هستند.	بله / خیر
صداهای	۷- یک یا قسمت های بیشتری از شخصیت خودتان (از ناخودآگاه شما) هستند.	بله / خیر
	۸- یک راهنمای خوب هستند.	بله / خیر
	۹- متعلق به یک زوج یا فردی در گذشته هستند که دوباره به شکل دیگری زنده شده است (تناسخ).	بله / خیر
صداهای	۱۰- متعلق به خدایان، ارواح یا فرشتگان هستند.	بله / خیر
	۱۱- متعلق به خدای مهربان است.	بله / خیر
	۱۲- متعلق به یک روح خبیث یا شیطان است.	بله / خیر
صداهای	۱۳- متعلق به یک موجود هستند (یک نیرو یا فرد ماوراء الطبیعه که شما نمی توانید ببینید اما وجود دارد، شما وجود او را احساس می کنید یا می شنوید).	بله / خیر
	۱۴- ادراک های غیرعادی (تله پاتی / واسطه انسان با روح) هستند.	بله / خیر
	۱۵- از دردهای دیگران یا از چیزهای دیگر اطراف شما ناشی می شود	بله / خیر

توضیح بیشتر مصاحبه گر:



۲-۶- من مشتاق هستم تا در مورد تفسیر شما در مورد منشاء این صدا بحث کنم.

۷- صداها چه تاثیری در روش زندگی شما دارند؟ (ما می‌خواهیم بررسی کنیم که صداها چه نوع اثری در روش زندگی شما دارند)

۷-۱- صداها چگونه بر شما تاثیر می‌گذارند؟ لطفاً مثالی بزنید.

۱- آنها یک راه حل برای یک مشکل پیدا می‌کنند.

۲- آنها شما را نصیحت می‌کنند و به شما کمک می‌کنند.

۳- آنها در مورد آنچه انجام می‌دهید یا فکر می‌کنید، توضیح می‌دهند.

۴- آنها درباره کاری که انجام می‌دهید یا فکری که می‌کنید، اظهار نظر می‌کنند یا در مورد افرادی که شما با آنها برخورد دارید، اظهار نظر می‌کنند.

۵- آنها جانشین افکار شما می‌شوند، لذا شما نمی‌توانید افکار خود را از صداها تمایز دهید.

۶- آنها به شما فحش می‌دهند یا از کارهایی که می‌کنید، انتقاد می‌کنند.

۷- آیا آنها شما را از کاری که مایل به انجام هستید، منع می‌کنند.

۸- آنها احساسات شما را تقویت می‌کنند.

۹- آنها افکاری که ذهن شما را به خود مشغول کرده، تقویت می‌کنند.

۱۰- آنها مانع انجام کارهایی می‌شوند که شما از آنها لذت می‌برید.

۱۱- آنها در هنگام صحبت شما با دیگران مزاحم می‌شوند.



۱۲- آنها به شما دستور می‌دهند که کارهایی را انجام دهید.

نفوذ صداها چگونه شما یا دیگران را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟ آنها چگونه این را انجام می‌دهند؟ (به‌وسیله حضورشان یا به‌وسیله راهی که آنها مطالب را بیان می‌کنند؟)

۷-۲- آیا شما از شنیدن برخی از صداها شادمان هستید؟ چرا؟ آیا همیشه اینطور بوده است؟

۷-۳- آیا شما از بعضی از این صداها می‌ترسید؟ چرا؟ آیا آنها همیشه موجب هراس شما می‌شوند؟ لطفاً یک مثال بزنید.

۷-۴- آیا صداها مزاحم فعالیت‌های روزمره شما می‌شوند؟ آنها چگونه این کار را می‌کنند؟ با چه پیامدی؟ صداها چطور شما را تضعیف می‌کنند؟ لطفاً یک مثال بزنید.

۷-۵- شما صداها را چطور تجربه می‌کنید؟

بله / خیر

غالباً مثبت

بله / خیر

غالباً منفی

بله / خیر

غالباً خنثی

بله / خیر

مثبت و منفی به یک اندازه

## ۸- تعادل روابط

ما می‌خواهیم از شما در مورد نوع روابطی که با صداها دارید، سوالاتی کنیم.

۸-۱- آیا شما توانایی تحت تاثیر قرار دادن صداها را به هیچ طریقی دارید؟ آیا این کار را می‌کنید؟ لطفاً یک مثال بزنید.

۸-۲- آیا شما تحت کنترل صداها هستید؟ آیا همیشه اینطور بوده است؟ لطفاً یک مثال بزنید. توضیح دهید که شما چگونه آنها را کنترل می‌کنید؟

۸-۳- آیا می‌توانید با این صداها مکالمه داشته باشید؟ آیا این کار انجام می‌دهید؟ با صدای بلند با آنها صحبت می‌کنید یا در ذهن خود (یا هر دو)؟ واکنش صداها چگونه است؟ آیا آنها همیشه به همین روش عسل می‌کنند؟ اگر نه، چرا؟ لطفاً یک مثال بزنید.

۸-۴- آیا شما همیشه آنها را به نام می‌خوانید؟ اگر بله، چگونه این کار را انجام می‌دهید (با صدای بلند یا در ذهن خود)؟

۸-۵- آیا شما می‌توانید از دستورات صداها سرپیچی کنید؟ اگر بله، قادر به رد کردن کدام دستور هستید؟ و کدامیک را نمی‌توانید رد کنید؟ در صورت سرپیچی کردن از آنچه صداها می‌گویند، چه اتفاقی می‌افتد؟

۸-۶- آیا می‌توانید با این صداها قطع رابطه کنید و مجدداً با آنها رابطه برقرار کنید؟

۸-۷- آیا شما توانایی تمرکز روی صداها را دارید و دقیقاً می‌فهمید چه می‌گویند؟ آیا این برای هر صدا و هر زمان متفاوت است؟ اگر چنین است، چرا؟ لطفاً یک مثال بزنید.

۸-۸- هنگام شنیدن صداها، بیشتر روی آنها تمرکز می‌کنید یا روی کاری که خودتان انجام می‌دهید؟ آیا این برای هر صدا و هر زمان متفاوت است؟

## ۹- راهبردهای مقابله

ما روابط شما با صداها را بررسی کرده‌ایم، می‌خواهیم بدانیم، شما هنگام شنیدن صداها دقیقاً چه کار می‌کنید؟

در صورت مثبت بودن جواب هر یک از سوالاتی که در زیر آمده، لطفاً بگویید چند بار در این زمینه تلاش کرده‌اید و چه اثری داشته است؟

## راهبردهای شناختی

راهبرد	بله / خیر	اگر جواب مثبت است، این کار موثر است یا موفق می‌شوید؟
۹-۱ دور کردن صداها		
۹-۲ نادیده انگاشتن صداها		
۹-۳ تمرکز برای شنیدن صداها		
۹-۴ گوش دادن به بعضی از صداها به‌طور انتخابی		
۹-۵ به چیز دیگری فکر کردن		

۹-۶	با صدا بحث کردن	
۹-۷	حد و مرز با صداها را حفظ کردن	

### راهنمایی‌های رفتاری

	راهنما	بله / خیر	اگر جواب مثبت است، این کار موثر است یا موفق می‌شوید؟
۹-۸	شروع به انجام کاری کردن		
۹-۹	تلاش برای فرار از صداها		
۹-۱۰	تلفن زدن یا ملاقات با یک نفر		
۹-۱۱	حواس خود را پرت کردن		
۹-۱۲	یادداشت کردن آنچه صداها می‌گویند		
۹-۱۳	انجام مراسم، آداب و اعمال خاص		

### راهنمایی‌های جسمانی

	راهنما	بله / خیر	اگر جواب مثبت است آیا این کار
--	--------	-----------	-------------------------------

موثر است یا موفق می‌شوید؟		
	تمرین‌های آرامش‌یابی مثل یوگا	۹-۱۴
	استفاده از دارو	۹-۱۵
	مصرف الکل یا مواد	۹-۱۶
	مصرف غذا	۹-۱۷

## نتیجه‌گیری

۹-۱۸- شما اغلب از کدام راهبردها برای مقابله با صداها استفاده می‌کنید؟ چند وقت به چند وقت از آنها استفاده می‌کنید؟ آیا به‌طور منظم از این راه استفاده می‌کنید؟ اگر نه، چرا؟

۹-۱۹- اثر این راهبردهایی که شما غالباً بکار می‌برید چیست؟

۹-۲۰- هنگامی که شما می‌دانید که صداها در شرایط خاصی شنیده خواهند شد، آیا برای مقابله با آن شرایط کاری می‌کنید (مثلاً شرایط دیگری برای خودتان فراهم کنید، از آن موقعیت دوری کنید یا نگذارید که تحت تاثیر صداها قرار بگیرید؟)

۹-۲۱- آیا در گذشته کارهایی که به نظرتان کمک‌کننده می‌آمدند را امتحان کرده‌اید؟ چرا دیگر از این کار استفاده نکرده‌اید؟

## ۱۰- تجربیات دوران کودکی

کودکی می‌تواند برای هر یک از ما تجربه‌ای متفاوت باشد. برخی از مردم علاقه دارند تا نگاهی به گذشته و دوران کودکی خود کنند، در حالی که دیگران ترجیح می‌دهند در اولین فرصت آن را کنار بگذارند. درک شما از کودکی‌تان چیست؟

۱-۱۰-۱- شما خوشایند بود یا پر تنش؟ آیا می‌توانید توضیح دهید، کودکی شما چگونه بوده است؟

۱-۱۰-۲- آیا در مدرسه احساس امنیت می‌کردید؟ در خیابان یا خانه چطور؟ اگر نه، لطفاً توضیح دهید چرا؟

۱-۱۰-۳- به عنوان یک کودک همیشه مورد بدرفتاری قرار می‌گرفتید؟ چگونه؟

۱-۱۰-۴- آیا در کودکی هیچ‌وقت به طرز عجیبی تنبیه نشده‌اید؟ (مثلاً در دستشویی محبوس شدن یا بسته شدن دست و پا).

۱-۱۰-۵- آیا هیچ‌وقت در کودکی یا نوجوانی سر شما فریاد کشیده‌اند یا شما را تحقیر کرده‌اند؟ آیا هیچ‌وقت احساس کرده‌اید که شما را نمی‌خواهند یا هیچ‌وقت احساس می‌کردید که نمی‌توانید هیچ کار درستی انجام دهید؟

۱-۱۰-۶- آیا هیچ‌وقت شاهد بد رفتاری با یکی از اعضاء خانواده بوده‌اید؟ چه کسی؟

۱-۱۰-۷- آیا هیچ‌وقت شاهد سوء استفاده جنسی در خانواده خود یا دیگری بوده‌اید؟ چه کسی مورد سوء استفاده قرار گرفته بود؟

۱-۱۰-۸- آیا هیچ‌وقت به شما از نظر جنسی تجاوز شده است (یعنی برخلاف خواسته خودتان در موقعیتی قرار گرفته باشید که نتوانید از آن فرار کنید و مجبور به رابطه جنسی شده باشید؟ (لطفاً آن وضعیت را توضیح دهید).

## ۱۱- تاریخچه درمان

۱۱-۱- می‌خواهیم مقداری اطلاعات راجع به تاریخچه پزشکی شما بدست آوریم. به‌عنوان مثال، آیا هیچ‌گاه از خدمات روان‌پزشکی استفاده کرده‌اید یا با یک روانشناس، مشاور یا روان‌درمانگر صحبت کرده‌اید؟ اگر چنین است، چه کمکی به شما شده است؟ برای چه مدتی؟

سال	بیمارستان / مرکز درمانی	نوع درمان	مدت	علت درمان (صداها یا چیز دیگر)

۱۱-۲- آیا با هیچ‌یک از این درمانگرها / پزشکان مراکز درمانی، در مورد این صداها صحبت کرده‌اید؟

۱۱-۳- آنها در مورد صداها چه کاری انجام داده‌اند؟ آیا دارویی تجویز کرده‌اند؟ اگر جواب مثبت است، چه دارویی؟ آیا روان‌درمانی یا درمان‌های دیگری برای شما انجام داده‌اند؟

۱۱-۴- آیا هیچ‌گاه در جستجوی کمک یا درمان‌های جایگزین یا تکمیلی مثل طب سوزنی، گیاهان دارویی، انرژی درمانی، هومیوپاتی، شفا بخشی فرا بهنجار، تناسخ درمانی، (مراجعه به دعانویس)

## ۱۲- شبکه اجتماعی

ارتباط با دیگران یک بخش مهم از زندگیست، بنابراین خواهش می‌کنم درباره افرادی که با آنها ارتباط شخصی دارید و همچنین هر فرد دیگری که برای شما مهم است، صحبت کنید. نوع این ارتباط مهم نیست و نیازی به نام بردن آنها نیست. ذکر حرف اول نام و نام خانوادگی او با توصیفی مانند «پسر من» کافی است. ما همچنین می‌خواهیم بدانیم که آیا آنها در مورد صداها اطلاع دارند و یا شما درباره صداها می‌توانید با آنها صحبت کنید؟

شماره	اسم	آگاهی در مورد صداها؟ بله / خیر	می‌توانید با آنها درباره‌ی صداها صحبت کنید؟ بله / خیر
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			



### ۱۳- سوالات

آیا موضوعات دیگری مربوط به این تجربه شما وجود دارد که تاکنون درباره آن بحث نکرده باشیم و یا دوست داشته باشید که راجع به آن صحبت کنید؟ آیا شما سوالات دیگری دارید؟ آیا می‌خواهید چیز دیگری اضافه کنید؟

## چکیده انگلیسی

**Abstract:****Title:**

The characteristic of auditory hallucinations in Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder with psychotic features in Qazvin.

**Aim:**

We have done this study to understand more about content and characteristic of auditory hallucinations in Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder with psychotic features in Qazvin.

**Methods and materials:**

We used the questionnaire that prof. Romme & Escher developed in 1987 for research purposes.

60 patients diagnosed with Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder with psychotic features that admitted or attended at clinic from farvardin 93 till esfand 93 in 22 Bahman hospital were interviewed.

**Results:**

The 45 men & 15 women in three group were interviewed. The most were men, single, and in fourth decade of their life. Most patients mentioned that they heard one voice. Mean age of appearing voices in patients were 19 to 29 years old. Most patients in the schizoaffective and bipolar group heard male voices and in schizophrenia was both sexes. 85% of Bipolar patients, 65% of patients with schizoaffective disorder heard friendly voices. It was 30% in patients with schizophrenia. 15% of bipolar patients, 75% of schizophrenia and 45% of schizoaffective stated that voice was hostile.

**Discussion:**

Our study has revealed that culture affected content and characteristic of auditory hallucinations. We suggested that some complementary studies will be done in future from different Iranian cultures not just Qazvinian people.